Nr. 51. 22. grudnia 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Robert BERNHARDT, Ord. Szpit. Św. Łazarza. Warszawa.

Na pograniczach łuszczycy.

Zazwyczaj pisze się i mówi się, że łuszczyca jest schorzeniem skóry dokładnie określonem klinicznie, a wskutek tego łatwem do rozpoznania. Twierdzenie jest niewątpliwie słuszne, gdy dotyczy spostrzeżeń, niewznoszących się ponad poziom średni. Ma się wówczas do czynienia z wykwitami typowemi, wykazującemi zespół cech znamiennych. Takim łuszczycom słusznie nadaje się miano „pospolitych" *(psor. vulgaris)*. Przy uważnem, dokładnem, drobiazgowem badaniu chorych i przy rozważaniu krytycznem każdego spostrzeżenia widuje się jednak niemało przypadków, w których rozpoznanie łuszczycy wzbudza mnóstwo wątpliwości i zastrzeżeń. Nie mówię obecnie o łuszczycach nietypowych *(ps. atypica)*, albo też powikłanych *(ps. complicata)*, do których można zaliczyć łuszczycę niedokrwioną, przekrwioną, wyprzeniową, zliszajowaconą, krostkową, brudźcową, brodawkowatową i t. p. Takie obrazy kliniczne są dobrze znane każdemu dermatologowi wykształconemu a ich ujęcie właściwe może jedynie do czasu sprawić niejakie trudności rozpoznawcze. Tutaj chciałbym zwrócić uwagę baczną na te przypadki schorzenia skóry, które obok objawów łuszczycowych wykazują tak wyraźne cechy odrębności klinicznej, iż częstokroć zniewalają do zaniechania rozpoznania łuszczycy, narzucającego się mimowoli. W spostrzeżeniach tego rodzaju trzeba liczyć się z trzema zdarzeniami. W wypadku pierwszym rozpoznanie jest warunkowe, czasowe i wynika z przewagi tych lub innych objawów klinicznych. Sprawa wyjaśnia się dopiero po dłuższem spostrzeganiu chorego — po tygodniach, miesiącach, latach. W kategorji drugiej faktów ma się do czynienia z obecnością dwóch lub kilku odczynów chorobowych skóry. Każdy odczyn może zjawić się niezależnie od pozostałych w rozmaitych miejscach powłoki zewnętrznej, albo też rozmaite odczyny występują jednocześnie w umiejscowieniu wspólnem. Przewagą jednego z odczynów nadaje wykwitom piętno odrębności. Ponieważ przewaga ta może być nawet chwilowa, zdarza się, że rozmaite wykwity posiadają wygląd odmienny w danem spostrzeżeniu i w danym okresie czasu. Powstaje obraz chorobowy złożony. W gromadzie trzeciej można wreszcie umieścić przypadki, nienależące do dwóch poprzednich, a których rozpoznania właściwego częstokroć nie można uzasadnić spostrzeganiem klinicznem wytrwałem, ani badaniem histopatologicznem. Są to przypadki przechodnie, ustalające łączność pomiędzy rozmaitemi grupami schorzeń skóry.

Niezwykle ważną cechą wszystkich wspomnianych obrazów chorobowych jest ich *„łuszczycowatość"*. Jest to objaw nietylko stały, ale w danych warunkach wprost konieczny. Odgrywa on bowiem rolę ogniwa, łączącego różnorodne sprawy chorobowe i dającego możność ich rozpatrywania pod określonym punktem widzenia.

Co to jest „łuszczycowatość?" Jest to zespół cech klinicznych, nadających wykwitowi podobieństwo do łuszczycy. Podobieństwo może przejawić się w dwóch kierunkach. Po pierwsze, można mieć do czynienia z łuską białoszarawą, srebrzystą, względnie kruchą, pozornie nieobfitą, występującą jednak bardzo wyraźnie podczas drapania metodycznego. Przy tej czynności nie wykrywamy jednak „błonki łuszczycowej", powodujemy natomiast zjawisko plamicy kropkowej. W drugiej grupie faktów łuska białosrebrzysta jest bardziej twarda, przylegająca silniej, nadrapująca się lub nienadrapująca się obficiej. Błonki niema, krwawienie punkcikowate występuje jednak wyraźnie mniej lub więcej. W obu razach ma się zatem prawo mówić o łuszczycowatości. Przytem uświadamiamy sobie, że zespół objawów klinicznych łuszczycy niezawsze bywa całkowity i że muszą zachodzić różnice pomiędzy wykwitem typowym a niedokształconym lub znajdującym się w okresie rozwoju wstecznego posuniętego. Staje się też zrozumiałe, że „w niektórych razach łuszczyca jest pojęciem raczej histologicznem i to jedynie w ramach postaci poronnych" [1]).

Kto zastanowi się dokładniej nad treścią głębszą zdania ostatniego, dojdzie do łatwego wniosku, że pierwiastek łuszczycowaty wielu spraw skórnych zależy najwidoczniej od utajonego usposobienia do łuszczycy. Wielkość sumy cech dodatnich łuszczycowych zależy jedynie od wysokości poziomu usposobienia. W rozmaitych zespołach i obrazach chorobowych odczyn łuszczycowy niewątpliwie występuje o wiele częściej, niż to przypuszcza się powszechnie. Zjawisko można wytłumaczyć, gdy uwzględni się, że obok łuszczycowych jawnych i łuszczycowych utajonych czasowo mamy cały szereg osobników o usposobieniu łuszczycowem utajonem, a jeszcze nieujawnionem klinicznie. Liczba ich jest $2^1/_5$ razy większa od łuszczycowych jawnych i utajonych czasowo. Wynika to z danych następujących. Zebrałem wiadomości dokładne o 50 rodzinach łuszczycowych, w których schorzenie wykazywało cechy dziedziczenia przeważającego (dominującego). W obliczeniach uwzględniłem jedynie pokolenie drugie, czyli dzieci rodziców łuszczycowych. Okazało się, że w 50 rodzinach było 212 dzieci płci obojga, wśród których znalazło się 66 łuszczycowych jawnych i utajonych czasowo (31%), oraz 146 zdrowych pozornie (69%). Stosunek wynosi $66 : 146 = 1 : 2{,}2$. Na jednego chorego dotkniętego łuszczycą przypada zatem co najmniej 2 kandydatów do tego schorzenia. Gdy u takiego osobnika wystąpi jakakolwiek sprawa chorobowa skóry, może przytrafić się, że odegra ona rolę bodźca przygodnego, powołującego do życia usposobienie utajone do odczynu łuszczycowego. Z taką możliwością trzeba liczyć się bardzo w ocenie niektórych obrazów chorobowych złożonych, niejasnych, zawiłych.

W tem miejscu rozważań patogenetycznych wkraczamy w dziedzinę faktów klinicznych, stanowiących pogranicza łuszczycy. Tutaj nie znajdziemy narazie przykładu bardziej przejrzystego nad grzybicę naskórkową łuszczycowatą Unny *(Epidermo-mycosis psoriatiformis Unna, Parakeratosis psoriatiformis Brocq)*. W celu rozeznania się w położeniu rzeczy trzeba zaznaczyć zgóry, że grzybica naskórkowa Unny jest sprawą chorobową, spotykaną często w rodzinach łuszczycowych. Zasługuje przytem na uwagę szczególną występowanie współrzędne obu schorzeń w danej rodzinie łuszczycowej (około 20% zdarzeń) [2]), a także ta okoliczność, że obie sprawy najczęściej wykazują skojarzone dziedziczenie przeważające [3]). Gdy uwzględni się te fakty obok danych klinicznych, staje się rzeczą oczywistą, że musi istnieć jakaś łączność ściślejsza pomiędzy temi dwoma rodzajami odczynu chorobowego. Jeżeli stanąć na stanowisku, które dziś zajmuję, zagadnienie wydaje się bardziej zrozumiałe. Przypuszczam bowiem, że w grzybicy naskórkowej Unny ma się do czynienia z zakażeniem gronkowcowem skóry, usposobionej dziedzicznie do spraw ropnych i wykazującej ponad to skłonność utajoną do odczynu łuszczycowego. Od ustosunkowania się wzajemnego dwóch usposobień będzie oczywiście zależał wygląd zewnętrzny tworu chorobowego. Typem zasadniczym grzybicy naskórkowej Unny jest blaszka rumieniowo-złuszczająca okrągła lub owalna. W tym stanie wykwit może trwać krócej, dłużej, aż wreszcie ulega wessaniu. Wystąpienie w nim zjawisk spryszczenia i zliszajcowacenia świadczy o przewadze usposobienia do spraw ropnych. Wykształcenie się wykwitu do typu wyraźnie łuszczycowatego przemawia na korzyść skłonności utajonej do łuszczycy. Pomiędzy odmianą rumieniowo-złuszczającą a łuszczycowatą, pomiędzy łuszczycowatą i łuszczycą pospolitą istnieje długi szereg przechodnich obrazów klinicznych i mikroskopowych [4]). Tutaj mieszczą się zatem sprawy chorobowe, których ocena może nastręczyć wielkie trudności rozpoznawcze i których ujęcie właściwe staje się dostępne dopiero po dłuższem spostrzeganiu klinicznem. Przyznać jednak trzeba, że nawet w tych warunkach niezawsze udaje się rozstrzygnięcie nieomylne wątpliwości. Obrazy mogą być tak złożone, tak zmienne w przebiegu dalszym i niekiedy tak zachodzą jeden w drugi, że dla dobra

---

[1]) R. Bernhardt: Przyczyny i sposób powstawania łuszczycy. Pol. Gaz. Lek. Nr. 6, 1923 r.

[2]) R. Bernhardt: Kilka uwag o łuszczycy. Przegląd Derm. Nr. 1, 1928 r.

[3]) R. Bernhardt: Etjologja i patogeneza grzybicy naskórkowej Unny. Pol. Gaz. Lek. Nr. 8, 1928 r.

[4]) R. Bernhardt: Anatomja patologiczna grzybicy naskórkowej Unny. Przegląd Derm. Nr. 1, 1924 r.

prawdy naukowej będziemy uważali za słuszniejsze pozostawienie tych spostrzeżeń na rubieży dwóch grup chorobowych. Takie sprawy będzie można rozstrzygać dopiero na zasadzie dokładnych danych etjologicznych. Dziś jesteśmy jeszcze dalecy od tego. Łuszczyca nie jest bowiem jednostką przyczynową, jeno kliniczną. W zespole patogenetycznym tej sprawy chorobowej można uważać jedynie dziedziczność za czynnik najistotniejszy i najstalszy. To nie wyjaśnia jednak zagadnienia etjologicznego. Co zaś tyczy się grzybicy naskórkowej Unny, uważamy ją za wyraz zakażenia głównie gronkowcowego skóry, usposobionej do łuszczycy. Zastrzega się przytem, że w takiej skórze mogą powstawać wykwity łuszczycowate pod wpływem jeszcze innych bodźców biologicznych (paciorkowiec, drożdżowiec, grzyb strzygący, grzyb naskórkowy Sabourauda i t. d.). Wykrycie zatem gronkowca (lub innego zarazka) bynajmniej nie rozstrzyga tutaj o rozpoznaniu spostrzeżenia wątpliwego. Rzecz da się wyjaśnić dopiero wówczas, gdy nauczymy się wywoływać dowolnie odczyn łuszczycowy utajony, podobnie jak to dziś czynimy z powodzeniem mniejszem lub większem w ujawnieniu usposobienia pryszczycowego.

Chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na niektóre właściwości przemiany materji. Z danych, otrzymanych wspólnie z kol. Jerzym Zalewskim, wynika, że w grzybicy naskórkowej Unny przemiania cholesterynowa i wapniowa zazwyczaj zachowuje się podobnie jak w łuszczycy (3). Różnice są tutaj zaznaczone tem słabiej, im występuje wyraźniej łuszczycowatość schorzenia Unnowskiego. Jest to wiadomość ważna, która najwidoczniej wskazuje na wspólnotę cech konstytucjonalnych. Dalsze poszukiwania nasze wykazały ponad to, że w przypadkach mieszanych, przechodnich i niewyraźnych rozpoznawczo poziom chemizmu tkankowego może także wykazywać wahania znaczne w kierunku tego lub innego obrazu chorobowego. Tak np. w spostrzeżeniach niepewnych klinicznie, w których przychylaliśmy się raczej ku rozpoznaniu grzybicy naskórkowej łuszczycowatej, nierzadko wykrywano niskie wartości cukru i chlorków (jak w łuszczycy). Przeciwnie, przypadki, oceniane jako prawdopodobne łuszczyce, jako obrazy złożone o przewadze pierwiastka łuszczycowego, ujawniały poziom wysoki cukru i chlorków (podobnie grzybicy naskórkowej Unny). W spostrzeżeniach odpowiednich dane te były bądź jak bądź o tyle stałe, że nawet zachęcały pracownię do przypuszczenia, iż ma się do czynienia z przypadkiem przechodnim. (Nadmienia się przytem, że pracowni nie podaje się rozpoznania klinicznego przed wykonaniem badań chemicznych).

Co tyczy się obrazów klinicznych, pozwolę sobie wskazać jedynie na względnie proste i spotykane częściej. W linji pierwszej wspomnę o postaciach wilgotnych, wyprzeniowych w umiejscowieniu wyłącznem w fałdach głębokich skóry (pachy, okolice podsutkowe, pępek, pachwiny, okolica odbytowa). Tutaj rozpoznanie częstokroć ulega dalszym zawikłaniom wskutek spraw zakaźnych wtórnych, narzuconych (paciorkowiec, drożdżowiec), albo też współistniejących (grzybica Sabourauda). Z wątpliwości rozpoznawczych można zazwyczaj wyplątać się wcześniej, później głównie na zasadzie dokładnego spostrzegania przebiegu i należytej oceny wykwitów powstających świeżo. Nadmienię jednak, że w umiejscowieniu samotnem pępkowem i odbytowem sprawa nierzadko pozostaje zagadką nierozwiązalną. Jeszcze trudniej układają się warunki w postaciach suchych łuszczycowatych. Zazwyczaj miewa się tutaj do czynienia z zmianami, mieszczącemi się na uwłosionej skórze głowy, na wyprostnych powierzchniach przedramion, na podudziach, na dłoniach i podeszwach, w okolicy łonowej, na mosznie i wargach sromowych większych a wreszcie na kroczu. Skóra uwłosiona głowy jest szczególnie trudnym terenem rozpoznawczym, w którym potylica widocznie zajmuje miejsce wyjątkowe. Tutaj na granicy karku występować zwykły wykwity krążkowate łuszczycowate a niekiedy nawet zliszajowacone które zda się urągają wszelkim usiłowaniom rozpoznawczym. Zważyć przytem trzeba, że w tem umiejscowieniu występują samotne blaszki łuszczycowe oraz twory grzybicy naskórkowej łuszczycowatej, które trwać mogą nieokreślenie długo, wykazując okresy zwolnienia i nasilenia. Obecność lub brak swędzenia nic mówi o niczem. Wiadomo bowiem, że niektóre grzybice łuszczycowate Unny niemal nie powodują swędzenia, podczas gdy łuszczycy nierzadko towarzyszy swędzenie znaczne. W przypadkach podobnych objaw smugi białej także nie przechyla w żadną stronę szali rozpoznawczej. W uwłosionej skórze głowy objaw ten wywoływa się wogóle trudno, ocenia się nieprzekonywająco i zupełnie traci wartość w obecności zliszajowacenia nawet niewybitnego. Podobne warunki stwierdzamy w okolicy łonowej na wargach sromowych, na mosznie i kroczu. W tych umiejscowieniach trudności szczególne przedstawiają wargi sromowe oraz krocze zwłaszcza wówczas, gdy zmiany chorobowe pierwotne ulegają zliszajowaceniu. Wiadomo też, że tutaj nierzadko miewa się do czynienia z zliszajowaceniem nietypowem, które niezwykle zaciemnia obraz chorobowy. Spostrzegałem przypadek zmian łuszczycowatych samotnych krocza, odgraniczonych niewyraźnie i swędzących bardzo silnie, które oceniałem jako grzybicę naskórkową łuszczycowatą w skórze wybitnie łojotokowej. Rozpoznanie nie odbiegało od ujęcia sprawy przez innych kolegów, u których chory szukał pomocy lekarskiej. Wyniki lecznicze były nikłe. Z biegiem czasu wytworzyło się zliszajowacenie olbrzymie *(lichenisatio gigantea)*. Dopiero po upływie 9 lat ustaliło się rozpoznanie zmian pierwotnych skóry, gdy wystąpiły blaszki łuszczycowe na łokciach oraz na plecach.

Co tyczy się nietypowych obrazów chorobowych powierzchni wyprostnych przedramienia, zauważyć trzeba, że tutaj myśl kliniczna zazwyczaj waha się pomiędzy grzybicą naskórkową łuszczycowatą Unny a postacią powierzchowną łuszczycy pospolitej. Objaw smugi białej przemawia na korzyść rozpoznania pierwszego. Przypuszczenie nabiera pewności większej, gdy poza tem stwierdzamy obecność brudnożółtego lub brunatnawego pasa skóry zmienionej łuszczycowato i biegnącego wzdłuż grzebienia kości łokciowej.

Na dłoniach i podeszwach rozpoznanie musi częstokroć wybierać pomiędzy łuszczycą, grzybicą naskórkową łuszczycowatą, grzybicą Sabourauda, grzybicą strzygącą, odmianą łuszczycowatą zapalenia przewlekłego liszajcowatego Gougerauda *(epidermo-dermitis Gougeraudi)*. Zdarza się nierzadko, że w tem umiejscowieniu ma się do czynienia z obrazem chorobowym bardzo złożonym.

W rozważaniach powyższych była mowa o zmianach blaszkowatych grzybicy naskórkowej Unny. Trzeba jednak zważyć, że trudności rozpoznawcze mogą jeszcze wynikać z skojarzenia się łuszczycy z odmianą grudkowatą, okołomieszkową grzybicy naskórkowej *(Epidermo-mycosis Unnae papulo-peripilaris s. follicularis)*. Tutaj należy liczyć się głównie z dwoma możliwościami. Oceanie mogą podlegać wykwity krążkowate typu *eczema nummulare* autorów dawniejszych. Wykwity te najczęściej bywają rozsiane na kończynach, a zwłaszcza na powierzchniach wyprostnych. W pewnych okresach są one suche, wyraźnie łuszczycowate, niekiedy ponad to nieco zliszajowacone, w innych zaś wykazują one cechy spryszczenia i zliszajcowacenia. Skłonność do nawrotów jest znaczna. W rozpoznawaniu wchodzi w grę łuszczyca, choroba Unny, schorzenia grzybicowe. O obecności grzybków chorobotwórczych rozstrzyga badanie mykologiczne. Co zaś tyczy się dwóch pozostałych spraw, należy zauważyć, że wykrycie grudek okołomieszkowych na obwodzie wykwitu krążkowatego najoczywiściej przemawia za grzybicą naskórkową Unny. Grudki te są tępo stożkowate, twardawe, barwy żywo- i ciemnoczerwonej, pokryte na szczycie krosteczką drobną, strupkiem lub nawarstwieniem łuseczek białoszarawych. Okres łuszczenia odpowiada rozwojowi wstecznemu grudki. W obrazie tym wszystko byłoby wyraźne i niewzbudzające wątpliwości, gdyby w grę nie wchodziły dwie dalsze okoliczności. Zdarzyć się może, że w grzybicy naskórkowej okołomieszkowej Unny usposobienie łuszczycowe bierze przewagę nad bodźcem zakaźnym (gronkowcem). W tym wypadku będzie miało się do czynienia głównie z grudkami łuszczycowatemi. Zdarzyć się jednak może, że nawet łuszczyca pospolita występuje w postaci najdrobniejszych wykwitów okołomieszkowych, urzeczywistniających pewien typ łuszczycy kropkowej. Z pewnością nie zadziwi nikogo, gdy podczas wysypania ostrego łuszczycy kropkowo-kroplistej *(psor. punctata et guttata)* niektóre twory wykażą umiejscowienie okołomieszkowe. Rzecz jest przygodna i pozostaje w takim stosunku do łuszczycy pospolitej, jak grudki kończyste do tworów płaskich liszaja czerwonego Wilsonowskiego. Zwróci jednak uwagę badacza, gdy większość wykwitów łuszczycy kropkowej ujawnia cechy tworu okołomieszkowego i gdy zmiany takie występują w obrazie łuszczycy groniastej *(psor. corymbea)*. Rycina załączona przedstawia takie zdarzenie (ryc. I). W tem miejscu zatrzeć się może różnica wyraźniejsza pomiędzy grzybicą naskórkową łuszczycowatą okołomieszkową a łuszczycą pospolitą okołomieszkową. Rzecz przytrafia się nierzadko. Znam niemało podobnych zdarzeń, w których rozpoznanie prawidłowe zostało ustalone ostatecznie dopiero po dłuższem spostrzeganiu klinicznem i na zasadzie licznych badań mikroskopowych. Rzecz wynika z znajomości niedostatecznej i niedokładnej obrazów, które nazwać można łuszczycą kropkową okołomieszkową *(psoriasis punctata (peri) follicularis)*. O ile mnie wiadomo, na zmiany podobne dotychczas nie zwracano należytej uwagi w klinice łuszczycy. Gdym widział po raz pierwszy takie wykwity na podudziu w sąsiedztwie

tarczy łuszczycowatej zadawnionej, nasunęła się mnie sprawa rozpoznawania różnicowego pomiędzy łupieżem czerwonym mieszkowym odgraniczonym *(Pityriasis rubra follicularis locatisata)* a łuszczycą kropkową okołomieszkową. Po zapoznaniu się dokładniejszem z tym przedmiotem przekonałem się, że łuszczyca okołomieszkowa występuje w dwóch postaciach: rozsianej oraz skupionej (groniastej), przyczem uwzględnia się skojarzenie obu obrazów. Postać rozsiana najczęściej zajmuje kończyny i tułów. Na kończynach nie stwierdza się przewagi powierzchni wyprostnych nad zginaczami. Na tułowiu zazwyczaj ulega zajęciu powierzchnia przednia i boczna tułowia. W postaci skupionej wykwity okołomieszkowe otaczają wiankiem blaszkę łuszczycową zwykłą. Takie obrazy najczęściej widuje się na tułowiu, oraz na powierzchniach zginaczy kończyn, a w szczególności na przedramionach. Nie należy przypuszczać, że w przypadkach podobnych twory okołomieszkowe stanowią wyłączną postać osutkową. Występują one jedynie w liczbie tak znacznej, że mogą nadawać piętno odrębności osutce łuszczycowej. W sprawie samych wykwitów trzeba zauważyć, że są to drobne grudki ściśle okołomieszkowe, okrągłe i tępo kończyste, barwy czerwonej, ciemnoczerwonej, pokryte na szczycie łuseczkami białosrebrzystemi, których ilość zmaga się podczas zeskrobywania. Przez warstwę łusek częstokroć przebija się włos nieskręcony. W przebiegu dalszym grudki te ulegają rozwojowi wstecznemu i znikają bez pozostawienia śladu, albo też wykształcają się stopniowo w wykwit blaszkowaty, nieróżniący niczem od tworów łuszczycy pospolitej. Badanie mikroskopowe, wykonane wspólnie z dr. Albinem Racinowskim, przekonało, że grudki posiadają wszystkie cechy, które uważamy za znamienne dla łuszczycy. Odrębności wynikają jedynie z umiejscowienia okołomieszkowego. W szczególności zaś nie stwierdzono dotychczas w naszych preparatch obrazów mikroskopowych, które mogłyby przemawiać za domieszką nadmiernego rogowacenia wylotu torebki włosowej *(Keratosis pilaris s. suprafollicularis s. lichen pilaris)*.



Ryc. 1.

Ustalając w ten sposób typ łuszczycy kropkowej okołomieszkowej *(psor. punctata (peri) follicularis)* uświadamiamy sobie najzupełniej, że w niektórych razach musi jednak istnieć łączność pomiędzy tą postacią a rogowaceniem nadmiernem torebki włosowej *(Keratosis pilaris)*. Nie ulega wątpliwości, że łuszczyca okołomieszkowa może dotyczyć osobnika, niewykazującego żadnych zboczeń rogowacenia mieszka włosowego. Klinika poucza jednak, że obie kategorje zmian skóry mogą istnieć obok siebie. Nie zadziwi to nas, gdy przypomnimy, że rogowacenie nadmierne mieszka włosowego stwierdza się wśród łuszczycowych w 41,5% (R. Bernhardt). Muszę też nadmienić, że widywałem wykwity, świadczące najwidoczniej o przejściu stopniowem jednych zmian w drugie. Można przypuszczać, że rogowacenie nadmierne wylotu mieszka włosowego odgrywa w tych razach rolę bodźca anatomicznego, warunkującego umiejscowienie łuszczycy, występującej ostro. Z tego wyniknąć mogą mieszańce (hybridy), albo też wykwity przechodnie, na które zwraca się niestety zbyt mało uwagi. W obliczu takich obrazów zazwyczaj przechylamy szalę na stronę zmian skóry typowych i rozpoznajemy łuszczycę kropkową, nie troszcząc się o umiejscowienie okołomieszkowe oraz o obecność wykwitów, zbliżonych wyglądem do stanów nadmiernego rogowacenia mieszka włosowego.

W bliskiem sąsiedztwie tego pogranicza znajdują się zmiany chorobowe, stanowiące przejście od łuszczycy do choroby Devergiego i stykające się poza tem z zwykłem rogowaceniem nadmiernem mieszka włosowego. Na te fakty badacze zwracali uwagę już wielokrotnie. Ma się tu na względzie: możność współistnienia łuszczycy i choroby Devergiego (Hudelo, Boulanger-Pilet i Cailliau, Jeanselme i Burnier); występowanie łupieżu czerwonego mieszkowego w rodzinach łuszczycowych; podobieństwo kliniczne wykwitów blaszkowatych; wynik dodatni odczynu wywoławczego w zespole Devergiego (zjawisko podobne do objawu Koebnerowskiego w łuszczycy) [5]. Co do szczegółów bliższych, należy zauważyć, że rzecz zazwyczaj dotyczy postaci odgraniczonych i umiejscowionych łupieżu czerwonego mieszkowego. Te postaci spostrzega się najczęściej na owłosionej skórze głowy, na dłoniach i podeszwach, oraz na wyprostnych powierzchniach kończyn górnych i dolnych. Zazwyczaj miewa się do czynienia z wykwitami blaszkowatemi, posiadającemi wyraźne cechy łuszczycowate. W umiejscowieniu na głowie rozpoznanie waha się czas długi pomiędzy grzybicą naskórkową łuszczycowatą Unny, łuszczycą pospolitą i chorobą Devergiego. Na dłoniach i podeszwach obrazy łuszczycy i łupieżu czerwonego Devergieowskiego są łudząco podobne. Rozstrzygnięcie wątpliwości staje się częstokroć możliwe dopiero po uogólnieniu się sprawy chorobowej.

Trudności największe nastręczają jednak umiejscowienia wyłączne na wyprostnych kończyn, a w szczególności na przedramionach lub podudziach. Zazwyczaj widuje się tutaj podłużnoowalne twardawe blaszki łuszczycowate, które mogą trwać samotnie niezwykle długo (14 lat w jednem z moich spostrzeżeń). W przypadkach podobnych rozpoznawanie różnicowe uwzględnia głównie: 1) chorobę Devergiego z obecnością grudek kończystych na obwodzie blaszki; 2) skojarzenie Devergiego z rogowaceniem nadmiernem wylotu torebki włosowej *(keratosis suprafollicularis)*; 3) łuszczycę blaszkowatą zadawnioną z obecnością wykwitów kropkowych okołomieszkowych na obwodzie tworu chorobowego *(psor. punctata (peri) follicularis)*; 4) skojarzenie łuszczycy blaszkowatej z rogowaceniem nadmiernem wylotu mieszka włosowego. W wszystkich tych razach ocena stanu istotnego rzeczy jest zadaniem trudnem. Do wniosków pewnych dochodzi się stopniowo na zasadzie rozważania dokładnego wszystkich danych klinicznych i histopatologicznych. Zaznacza się przytem, że w tych razach tłumaczenie obrazów mikroskopowych bynajmniej nie bywa łatwe i częstokroć nie daje odpowiedzi rozstrzygającej. Położenie rzeczy staje się jeszcze trudniejsze klinicznie i histologicznie, gdy ma się do czynienia z zliszajowaceniem wykwitów blaszkowatych i grudkowatych (5).

Powyższe rozważania wyjaśniają, dlaczego niektóre spostrzeżenia mogą znaleźć się — choćby czasowo — na pograniczu łuszczycy i łupieżu czerwonego mieszkowego. Wypadnie przytem jeszcze rozważyć, czy nie ma się do czynienia z przypadkami mieszanemi, co nie wydaje się nieprawdopodobne wobec możności współistnienia obu spraw chorobowych. Muszę jednak zaznaczyć, że pogranicze to nie dotyczy jedynie postaci odgraniczonych, umiejscowionych *(forme localisée)*. Znane mi są postaci erytrodermiczne uogólnione, w których wyłoniły się trudności rozpoznawcze, wskazane wyżej. W przypadkach podobnych badanie histopatologiczne zazwyczaj rozstrzyga wątpliwości kliniczne, może jednak zdarzyć się, że zawodzi ono całkowicie. Tak więc w szpitalu Św. Łazarskim spostrzegaliśmy ostatniemi czasy przypadek erytrodermji uogólnionej, w którym nie można było zatrzymać się na rozpoznaniu pewnem. Klinika przemawiała raczej za zespołem Devergiego. Mikroskop nie wykrył danych, potwierdzających nieomylnie słuszność tego rozpoznania, nie dostarczył jednak dowodów, wskazujących niewątpliwie na obecność zmian łuszczycowych. Rozpoznanie pozostało w zawieszeniu. Jestem zdania, że pewien stopień zliszajowacenia skóry stanął głównie na przeszkodzie do prawidłowego ujęcia tego spostrzeżenia.

Gdy porusza się zagadnienie pogranicza łuszczycy, nie można z konieczności ominąć sprawy t. zw. parałuszczycy *(Parapsoriasis Brocq)*. Rozważanie uzależnień wzajemnych nie jest tutaj jednak ani łatwe, ani tak proste, jak to mogłoby pozornie wynikać z pokrewieństwa mianownictwa. Jeżeli ujmujemy łuszczycę jedynie jako jednostkę kliniczną, to nie możemy nadać parałuszczycy nawet tego określenia. Jest bowiem rzeczą oczywistą, że dziś nadaje się tę nazwę obrazom chorobowym bardzo rozbieżnym pod względem klinicznym i etjologicznym. Łączy je w grupę luźną i czasową jedynie łuszczycowatość wykwitów, wyrażona słabiej lub wybitniej.

---

[5]) R. Bernhardt: Uwagi w sprawie kliniki i anatomji patologicznej łupieżu czerwonego mieszkowego. Przegląd Dermat. Nr. 4, 1926 r.

Po zapoznaniu się dokładniejszem z budową grupy dochodzi się do wniosku, że różni badacze wznoszą gmach szczuplejszy lub obszerniejszy w zależności od nastrojów osobistych. W tej grupie znajdują się obrazy, zupełnie niewyraźne pod względem klinicznym. Można tutaj też spotkać się z spostrzeżeniami, ocenianemi jako odchylenia od typu parałuszczycy. Rzecz wydaje się przedwczesna, niezbyt zrozumiała a tem dziwniejsza, iż dotyczy sprawy chorobowej nieostro ujętej klinicznie i zupełnie nieokreślonej etjologicznie. Ostatecznie otrzymuje się wrażenie, że znajdujemy się w grupie, utworzonej sztucznie, w której nagromadza się budulec dla pracy pokoleń przyszłych. Mamy zatem do czynienia z gromadą kliniczną, którą można nazwać pograniczną w znaczeniu ściślejszem słowa.

Dla nas jest rzeczą obojętną, jakiego podziału grupy dziś będziemy się przytrzymywali. Zwrócę jeno uwagę, że tutaj można spotkać się z obrazami, przypominającemi łuszczycę kropkową, kroplistą i blaszkowatą, grzybicę naskórkową U n n y rumieniowo-złuszczającą i łuszczycowatą, liszaj czerwony W i l s o n a, przymiot drugookresowy a w szczególności jego osutkę grudkowato-złuszczającą. Pominę punkt ostatni, nie dotyczy on bowiem pogranicza, lecz niedopuszczalnej omyłki rozpoznawczej, której motywów nie będziemy omawiali. W sprawie łuszczycy zauważę, że podobieństwo ujawnia się głównie w wykwitach grudkowatych i blaszkowatych. Grudki bywają płaskie i nacieczone nieznacznie, posiadają zabarwienie różowe, różowoszarawe, czerwonobrunatnawe i są pokryte łuską obfitą mniej lub więcej. Łuski białawe i białosrebrzyste są bardziej grube, twarde, suche i lśniące niż łuszczycowe. Podczas zeskrobywania nie występują one obficiej a zazwyczaj przylegają mocniej niż w łuszczycy. Błonki niema. Krwawienie kropkowe nie wywołuje się, choć w niektórych przypadkach stwierdzamy obecność tego objawu, podobnie jak w łuszczycy. W innych razach spostrzegamy plamicę kropkową, a zatem zjawisko, cechujące grzybicę naskórkową łuszczycowatą. Plamica ta wywołuje się jednak o wiele częściej w parałuszczycy blaszkowatej. Wykwity tarczowate tej odmiany są bledsze od łuszczycowych, płaskie, miękkie i szorstkie, pokryte łuską odtrębowatą, albo też łuseczkami białemi, suchemi, połyskliwemi, przypominającemi wyglądem płateczki miki lub błonki kolodjonu. Krwawienie kropkowe nie występuje podczas drapania. Po usunięciu łusek niekiedy spostrzega się ziarnistość powierzchni schorzałej (stopień słaby zliszajowacenia).

Z oceny szczegółowej i porównawczej tych wszystkich cech wynikałoby, że parałuszczyca grudkowata jest bliższa łuszczycy, niż parałuszczyca blaszkowata. Postać grudkowata najbardziej przypomina łuszczycę kroplistą niedokształconą, poronną. Jeżeli pominąć wygląd ogólny wykwitów, zaznaczyć wypadnie, że wspólnota cech wynika z bledszych odcieni zabarwienia czerwonego, z nacieczenia nieznacznego, z łuszczenia nieobfitego, a niekiedy też z obecności krwawienia kropkowego. Nasuwające się wątpliwości rozpoznawcze może rozstrzygnąć badanie tkankowe. Zaznacza się jednak, że różnicowanie pomiędzy łuszczycą kroplistą a parałuszczycą grudkowatą może nastręczać wielkie trudności nawet w obrazie mikroskopowym. Obie sprawy posiadają bowiem wspólne cechy histopatologiczne, różnice zaś polegać mogą jedynie na stopniu ich wykształcenia i na przewadze tego lub innego objawu histologicznego. Tutaj pogranicze zaznacza się zatem wyraźnie a współcześnie wyłaniają się możliwości powstawania postaci przechodnich i mieszanych.

Odmiennie układają się warunki w parałuszczycy blaszkowatej. W niej podobieństwo do łuszczycy jest raczej pozorne, wynika jedynie z wyglądu zewnętrznego ogólnego i dotyczy blaszek łuszczycowych powierzchownych, niedokrwionych, występujących głównie na tułowiu. Budowa tkankowa obu spraw różni się zasadniczo. Zwraca natomiast uwagę pewne powinowactwo z grzybicą naskórkową łuszczycowatą U n n y, na co wskazywał B r o c q już w pierwszej swojej pracy z r. 1902. Pokrewieństwo objawów polega na nieznacznym stopniu nacieczenia skóry, na braku grubszych nawarstwień łusek, na występowaniu plamicy kropkowej, na skłonności do zliszajowacenia a częstokroć jeszcze na dodatnim objawie smugi białej. Różnice wynikają głównie z braku skłonności do sączenia, z nieobecności sączenia kropkowego, widomego okiem gołem a jeszcze lepiej w bibułce, przyciśniętej diaskopem (objaw B r o c q a). Wydaje się zatem dopuszczalnem przypuszczenie, że można ściślej łączyć parałuszczycę blaszkowatą z grzybicą naskórkową łuszczycowatą U n n y, niż z łuszczycą pospolitą. Jeżeli zaś wogóle mówić mamy o powinowactwie parałuszczycy blaszkowatej z łuszczycą krążkowatą, to łączność tę należałoby uważać jedynie za pośrednią, biorąc grzybicę naskórkową łuszczycowatą za ogniwo łączące. Następstwa takiego ujęcia zagadnienia są niezwykle ważne dla zrozumienia istoty spraw chorobowych przechodnich. Staje się bowiem rzeczą oczywistą, że grzybica naskórkowa krążkowata i łuszczycowata U n n y zasługuje właściwiej na określenie parałuszczycy, niż t. zw. parałuszczyca blaszkowata B r o c q a. Kto zwrócił uwagę należytą na nasze pojmowanie patogenetyczne grzybicy naskórkowej U n n y, zgodzi się ze mną, że ten punkt widzenia ma za sobą niemało prawdopodobieństwa. Wierzymy bowiem, że usposobienie łuszczycowe utajone odgrywa rolę rozstrzygającą w powstawaniu obrazów chorobowych, objętych nazwą grzybicy naskórkowej łuszczycowatej U n n y.

W parałuszczycy grudkowatej występują jeszcze obrazy, przypominające liszaj czerwony płaski W i l s o n a (t. zw. parałuszczyca liszajowata lub paraliszaj — *parapsoriasis lichenoides, recte paralichen Brocq*). Wykwit pierwotny jest drobną grudeczką wielkości 1—2 mm., wykazującą powierzchnię równą, gładką, lśniącą i posiadającą zabarwienie żywo- i ciemnoczerwone, a zatem odmienne od liszaja W i l s o n o w s k i e g o. Kształt bywa okrągły lub czworoboczny, rzadziej wieloboczny. Wnęki środkowej (pępka) nie stwierdza się, choć cała powierzchnia wykwitu nieraz bywa wklęsła talerzykowato. Twory ustępują bez pozostawienia przebarwienia skóry, zjawisko przeciwne spostrzega się jednak nierzadko. Gdy przytem uwzględni się, że niewszystkie grudki Wilsonowskie bywają z konieczności wieloboczne i że niewszystkie wykazują wgłębienie pępkowate, dochodzi się do wniosku, że istnieć musi szereg postaci przechodnich pomiędzy poszczególnemi wykwitami liszaja czerwonego płaskiego i parałuszczycy liszajowatej. Na tę okoliczność J a d a s s o h n i B r o c q zwrócił szczególną uwagę. Ma się przytem na względzie, jak powiedziałem, jedynie wygląd kliniczny grudek oddzielnych, lecz bynajmniej nie mówi się o budowie histologicznej, ani o obrazie ogólnym oraz o przebiegu sprawy chorobowej. Niektóre twory wyrastają do wielkości grudki soczewicowatej. Wykwity takie kształtu okrągłego i owalnego posiadają zabarwienie czerwone, czerwonobrunatnawe i łuszczą się miernie. Po usunięciu łusek nie widać rysunku mozaikowego powierzchni, zdrapywanie zaś nie ujawnia błonki ani krwawienia kropkowego. Twór daje jednak ogólne wrażenie wykwitu łuszczycowatego (patrz wyżej).

Co tyczy się drobnych grudek paraliszajowych, zaznaczyć trzeba, że zazwyczaj występują one w postaci rozsianej, albo też układają się siatkowato. O wiele rzadziej skupiają się one, tworząc wykwity tarczowate. Powstają blaszki mniejsze, większe o zarysach nieregularnych, miękkie, nacieczone nieznacznie i łuszczące się niezbyt obficie. Zeskrobywanie łusek powoduje łatwo plamicę kropkową. Po usunięciu nawarstwienia łusek spostrzega się wyraźną ziarnistość powierzchni skóry. Znajdujemy się wobec wykwitu, stanowiącego przejście do parałuszczycy blaszkowatej zliszajowaconej, albo też do grzybicy naskórkowej łuszczycowatej i zliszajowaconej. Te powinowactwa są zrozumiałe najzupełniej. Należy jednak uświadomić sobie, że liszaj czerwony płaski W i l s o n a może niekiedy wykazywać obrazy bardzo podobne. W przypadku odpowiednim stwierdza się blaszki okrągłe, owalne, odgraniczone nieostro, barwy żywoczerwonej i czerwonej, łuszczące się obficie otrębowato lub pokryte łuseczkami większemi, srebrzystemi. Blaszka jest skupieniem gęstem grudeczek wielobocznych najdrobniejszych, stykających się ze sobą. Grudki posiadają wszystkie cechy liszaja W i l s o n o w s k i e g o z wyjątkiem barwy, która zazwyczaj bywa żywoczerwona lub czerwonożółtawa. Zeskrobywanie łusek wywołuje plamicę kropkową. Twory takie najczęściej widywałem na tułowiu, w szczególności na brzuchu, a poza tem na powierzchniach zginaczy przedramion oraz na powierzchniach wewnętrznych uda. Istnieją one obok wykwitów typowych liszaja czerwonego płaskiego, mogą też współistnieć z odmianą łuszczycowatą liszaja W i l s o n o w s k i e g o. W zdarzeniu drugiem powstają blaszki okrągłe średnicy 0,25—2,5 cm, odgraniczone dosyć wyraźnie, nieco wzniesione, lecz nietwarde, nienacieczone wybitniej. Powierzchnia ich nieraz bywa nieco wklęsła. Zabarwienie wykazuje odcienie ciemnoczerwonawe, czerwonomiedziowe, czerwonosinawe. Blaszki te są pokryte nawarstwieniem łusek białosrebrzystych, twardawych, przylegających mocno do podłoża. Po usunięciu łusek niekiedy spostrzega się subtelne smugi białawe, przebiegające powierzchnię wykwitu. Podczas zeskrobywania początkowo łuski występują nieco wyraźniej, później zaś usuwają się one odrazu, pociągając za sobą część naskórka. Wówczas nie stwierdzamy obecności błonki gładkiej i lśniącej, spostrzegamy natomiast plamicę kropkową, albo — co częściej — krwawienie kropkowe, które bywa nawet obfitsze niż w łuszczycy. Osutka powoduje swędzenie nieznaczne.

Zazwyczaj umiejscawia się ona na wyprostnych powierzchniach kończyn.

Ocena tych zmian skóry zawsze bywa niezmiernie kłopotliwa a zwłaszcza wówczas, gdy na obraz chorobowy składają się wyłącznie blaszki liszajowe łuszczycowate. W przypadkach podobnych zazwyczaj rozpoznajemy mylnie łuszczycę o wyglądzie niecodziennym. Zastanawiają jednak niektóre cechy odrębności wykwitów, a w szczególności zabarwienie blaszek, twardość i przyleganie ściśle łusek. Wątpliwości rozpoznawcze rozstrzyga spostrzeganie dokładne przebiegu schorzenia, wykrycie świeżych typowych grudek liszaja Wilsonowskiego, stwierdzenie zmian błony śluzowej ust, a wreszcie badanie tkankowe. Wydaje się jednak, że nawet mikroskop może niekiedy sprawić zawód. Zdarzyło się to naprzykład w jednym z przypadków Brocqa (1925 roku).

Jakie warunki sprzyjają występowaniu blaszek łuszczycowatych liszaja czerwonego płaskiego, na to pytanie nie można odpowiedzieć ściślej. Nadmienię jedynie, że w moich spostrzeżeniach miałem do czynienia dwa razy z współistnieniem łuszczycy jawnej, w trzech przypadkach rzecz dotyczyła osobników pochodzących z rodzin łuszczycowych, w dwóch zaś zmiany były wywołane stosowaniem arsenobenzolu. Dziś nie mogę wyzbyć się myśli o współdziałaniu patogenetycznem usposobienia łuszczycowego utajonego, ilekroć znajduję się w obliczu takiego obrazu chorobowego.

W łączności z liszajem czerwonym płaskim chciałbym jeszcze wspomnieć pokrótce o liszaju pospolitym przewlekłym odgraniczonym *(Lichen simplex chr., Neurodermitis chr. circumscripta)*. Nie mam tu na myśli zliszajowacenia zwykłego i następczego, które nierzadko stwierdzamy w łuszczycy, w parałuszczycy, w grzybicy naskórkowej łuszczycowatej i t. p. Zjawisko jest pospolite i bynajmniej nie należy do spraw pogranicznych. Jest to powikłanie, które jedynie uczestniczy w powstawaniu obrazów chorobowych złożonych. Nie mówię też o występowaniu współrzędnem łuszczycy i liszaja przewlekłego odgraniczonego, gdyż takie sprawy świadczą wyraźnie o możności uzewnętrzniania się równoległego dwóch odrębnych odczynów skóry. Te fakty należą także do obrazów klinicznych złożonych. Zmiany poszczególne mogą bowiem istnieć samodzielnie w rozmaitych miejscach powłoki zewnętrznej, albo też występują w umiejscowieniu wspólnem i w skojarzeniu ścisłem (mieszańce, hybridy). Chciałem tutaj zwrócić uwagę jedynie na przypadki łuszczycy pospolitej, w których obok tworów krążkowatych zwykłych spostrzegamy wykwity łuszczycowe, przypominające kształtem i ułożeniem blaszki liszaja przewlekłego odgraniczonego. W przypadku odpowiednim rzecz przedstawia się w sposób następujący. W rozmaitych miejscach powłoki zewnętrznej stwierdza się objawy łuszczycy kroplistej i krążkowatej, nieodbiegającej od typu klasycznego. Na grzbietach rąk i stóp, w okolicy napięstkowej i skokowej, na powierzchniach wewnętrznych uda, w okolicy lędźwiowej wykrywa się obecność przestrzeni odgraniczonych, w których wykwity łuszczycowe posiadają kształt czworoboków i układają się w rysunek siatkowaty — „w kratkę“ (quadrillage), zupełnie jak w liszaju pospolitym odgraniczonym *(Neurodermitis chr. circumscripta)*. Zapoznanie się z szczegółami budowy przekonywa, że wykwity oddzielne są czworoboczne lub równoległoboczne, wielkości $^1/_4$—1 cm w wymiarze największym, ułożone gęsto — jeden obok drugiego i rozgraniczone bróździami głębszemi szerokości jednego do $1^1/_2$ mm. Zabarwienie bywa czerwone i ciemnoczerwone, spoistość zaś najczęściej bywa nieco znaczniejsza niż zwykłego wykwitu łuszczycowego. Powierzchnia niektórych wykwitów jest lśniąca i dosyć gładka. Inne są pokryte nieznacznem nawarstwieniem łusek suchych i srebrzystych, których liczba wzmaga się podczas nadrapywania. W następstwie tej czynności dochodzi się do błonki wilgotnej, po której usunięciu ujawnia się krwawienie kropkowe obok plamicy punkcikowatej. Tym zmianom skóry zawsze towarzyszy swędzenie (ryc. II).

Wynika z powyższego, że tutaj mamy do czynienia z dziwnem skojarzeniem zjawisk liszajowych i łuszczycowych. Za liszajem przewlekłym odgraniczonym przemawia kształt i ułożenie wykwitów, połysk powierzchni, plamica kropkowa a wreszcie swędzenie. Na łuszczycę wskazuje barwa wykwitów, zachowywanie się łusek, obecność błonki i krwawienie kropkowe. Mamy zatem przed sobą obraz wyraźny zmian przechodnich. W przypadku poszczególnym ujęcie sprawy nie nastręcza trudności. Zauważyłem jednak, że rozpoznanie częściej idzie w kierunku liszaja przewlekłego odgraniczonego nietypowego, niż w stronę łuszczycy przechodniej. Wydaje się to dziwne wobec wielkości wykwitów oddzielnych i braku całkowitego zmian barwikowych. Widocznie zapomina się tutaj, że w skórze, nastawionej na odczyn liszajowy, łuszczyca może wykazywać cechy dodatkowe odrębne, nie tracąc nic z swoich własności zasadniczych. Zasługuje przytem na uwagę, że w spostrzeżeniach podobnych niekiedy wykrywa się ponad to obecność tworów pęcherzykowo-pęcherzowych w skórze dłoni podeszew.



Ryc. II.

W takich przypadkach widuje się napięte twarde pęcherze wielkości od ziarna konopnego do grochu, wypełnione cieczą przeźroczystą, zaopatrzone w pokrywę nieciemką. Pęcherze zasychają, pokrywa grubieje stopniowo a wykwit poczyna łuszczyć się wyraźnie. Po usunięciu łusek występuje blaszka płaska i ciemnoczerwona, okolona obrąbkiem naskórkowym suchym. Zeskrobywanie ujawnia obecność błonki i powoduje krwawienie kropkowe. Stwierdzamy zatem przekształcanie się powolne tworu pęcherzowego w grudkę łuszczycową. Nie możemy jednak mówić o postaciach chorobowych przechodnich. Tutaj nie zdarza się bowiem nigdy, by grudki łuszczycowe ulec mogły spryszczeniu, lub by osutka pęcherzykowo-pęcherzowa wykazywać miała zjawiska sączenia. Mamy do czynienia jedynie z łuszczycą nietypową, w której tworzenie się pęcherzy jest uwarunkowane poziomem wyższym spraw zapalno-wysiękowych. Zjawisko może zależeć od warunków konstytucjonalnych ogólnych, od schorzeń współistniejących (zmiany stawowe i kostne — *Psoriasis arthropatica)*, od pobudzającego działanie arsenu (który — jak wiadomo — zwiększa ukrwienie skóry). Czy i w jakim stopniu wchodzi tu w grę jeszcze skłonność do osutki pęcherzykowej rąk i stóp *(Dysidrosis)*, na to pytanie nie można dziś odpowiedzieć. Dotychczasowe moje spostrzeżenia nie upoważniają do wniosku twierdzącego. Zwraca jednak uwagę, że zmiany wskazane wyżej, dotyczą wyłącznie dłoni i podeszew. W pozostałych umiejscowieniach łuszczyca może w tych razach wykazywać cechy, nieodbiegające od typu przeciętnego (ryc. III).



Ryc. III.

Nieco odmiennie przedstawia się sprawa łuszczycy krostkowej *(psor. pustulosa)*. Ta odmiana wykwitu nietypowego częstokroć występuje w zespole łuszczycy, powikłanej zmianami stawowemi i kostnemi *(psor. arthropatica)*. Powstawanie krosty objaśnia się wzmożeniem tych spraw wypocinowych, których pierwowzorem jest ropień prosówkowy śródnaskórkowy Wł. Kopytowskiego (t. zw. *microabscessus)*. Otóż okazało się, że pomiędzy łuszczycą krostkową a liszajcem opryszczkowatym *(Impetigo herpetiformis)*

mogą istnieć jakieś więzy, których znaczenie dotychczas nie zostało jeszcze wyjaśnione dokładniej. Więzy te sprawiają jednak, że w obu obrazach klinicznych mogą występować zmiany chorobowe, ustalające typ wykwitu łuszczycowego przechodniego. Neumann, Dubreuilh, Grosz, Richter już dawniej zwracał uwagę na fakty. Czasy ostatniemi Zumbusch, R. Leszczyński, Fr. Walter i in. znowu podjęli to zagadnienie. Sprawa opiera się o trzy punkty zasadnicze. Wyjaśniło się bowiem: 1) że liszajec opryszczkowaty nierzadko występuje wśród łuszczycowych; 2) że częstokroć nie można przeprowadzić granicy klinicznej ścisłej pomiędzy wykwitem łuszczycy krostkowej a krostą liszajca opryszczkowatego; 3) że w okresie rozwoju wstecznego liszajec opryszczkowaty może utworzyć tarcze łuszczycowate, podobne najzupełniej do niektórych blaszek łuszczycowych odmiany krostkowej. W obu sprawach wykwity takie występują najczęściej na dłoniach i podeszwach, na palcach rąk, na powierzchni wewnętrznej przedramienia, ramienia i uda. Miejsca schorzałe są pokryte nawarstwieniem łusek twardawych i grubych, oraz łusek strupowatych *(crusta lamellosa)*, które przylegają słabo do podłoża. Po usunięciu łusek widać żywoczerwoną i lśniącą powierzchnię skóry schorzałej, w której zdrapywanie może spowodować plamicę kropkową, nie wywołuje jednak krwawienia kropkowego. Objaw ten zjawia się w łuszczycy krostkowej dopiero po ustąpieniu zjawisk ostro zapalnych. W taki więc sposób ustalają się liczne stopnie przechodnie od łuszczycowatego okresu liszajca opryszczkowatego *(stadium psoriatiforme impetiginis herpetiformis)* do łuszczycy krostkowej, oraz od łuszczycy krostkowej do typowego wykwitu łuszczycy pospolitej [6]).

Można rzucić pytanie, czy podobieństwo niektórych wykwitów łuszczycy krostkowej do liszajca opryszczkowatego polega jedynie na cechach zewnętrznych postaciowych, czy też wynika z czynników głębszych. Sprawa jest bardzo złożona. Wydaje się, że jeszcze nie dojrzała ona dostatecznie. Gdy liszajec opryszczkowaty współistnieje z łuszczycą zdarzyć się może, że wykwit obcy zostaje przekształcony w twór łuszczycowy (względnie łuszczycowaty) dzięki swoistej zdolności oddziaływawczej powłok zewnętrznych. Tutaj miałoby się do czynienia z zjawiskiem równopostaciowości wykwitów. R. Leszczyński [7]) przypuszcza jednak, że nie można wyzbyć się całkowicie myśli o podobieństwie podłoża chorobowego obu tych spraw klinicznych. Za ogniwo łączące podaje się wspólne uzależnienia patogenetyczne, wynikające z zaburzeń gruczołów dokrewnych (przytarczyce, przysadka mózgowa, tarczyca). Wydaje się jednak, że taka hipoteza jeszcze wymaga uzasadnienia bardzo dokładnego. Zaburzenia czynności gruczołów dokrewnych bywają notowane nazbyt często w patologji schorzeń skóry. Co zaś tyczy się w szczególności liszajca opryszczkowatego, godzi się zapytać, czy spostrzegane zboczenia czynnościowe gruczołów dokrewnych nie powinny być uważane raczej za zjawisko współrzędne z sprawą skórną. Nie ulega bowiem wątpliwości, że liszajec opryszczkowaty *Hebry* jest schorzeniem ogólnem, schorzeniem całego ustroju. W tych warunkach można wyobrazić sobie łatwo, że zboczenia gruczołów dokrewnych i zmiany skórne mogą być uzależnione od wspólnej przyczyny wyższej. Zagadnienia te są bardzo złożone i dzisiaj jeszcze nie poddają ocenie przedmiotowej. Rozważanie sprawy wymaga wielkiej subtelności, oględności i umiaru. Nie przypuszczam, by można było dojść do wniosków pewnych przed poznaniem istotnych przyczyn tych zmian chorobowych.

St. MALCZYŃSKI. Lwów.

O wpływie jednorazowego naświetlenia lampą kwarcową (systemu Hanau) na poziom cholesteryny we krwi u ludzi dotkniętych rakiem.

Z Zakładu Patologji ogólnej i doświadczalnej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. M. Francke.

W poprzedniej pracy [1]) zajmowaliśmy się wpływem promieni ultrafioletowych na poziom cholesteryny we krwi u ludzi niedotkniętych schorzeniami nowotworowemi. Tuż po naświetleniu lampą kwarcową wykazaliśmy wyraźny, a przejściowy przyrost cholestryny. Przejściowy dlatego, bo kontrolowany w 24 — 48 — a nawet w 168 godz. powoli się zmniejszał, tak, że w 96 godz. od naświetlenia uzyskiwał wartości pierwotne (przed naświetleniem). Celem upewnienia się co do powyższych wyników, przeprowadziliśmy jeszcze kilka dodatkowych badań u ludzi nierakowych, u których stwierdziliśmy tuż po naświetleniu również wyraźny wzrost cholesteryny we krwi. Dla przykładu przytoczymy:

1) Chorą, l. 28, *abortus* — cholesteryny przed naświetleniem 140 mg % w 5 — 10min. po naświetleniu 200 mg % (+ 43%).

2) Chorą, l. 35 *post partum* cholesteryny przed naświetleniem 216 mg %, w 5 — 10 min. po naświetleniu 264 mg % (+ 22%).

Obecne badania przeprowadziliśmy na szeregu ludzi rakowatych [2]) (raki macicy i żołądka), pochodzących z Kliniki położniczo-ginekologicznej i z Oddziału Wewn. Szpitala Państw. [3]). Naświetlania lampą kwarcową (systemu Hanau) były jednorazowe, dotyczyły większej przestrzeni skóry (grzbiet), a trwały 10 — 15 min. Zawartość cholesteryny w pełnej krwi szczawianowej oznaczaliśmy metodą Autenrietha — przed naświetleniem i w 5 — 10 min., po naświetleniu, kontrolując ją jeszcze później w 24 — 48 godz., zatem zupełnie taksamo, jak w pierwszej grupie badań. Większość przypadków nie nadawała się już do zabiegu chirurgicznego. Doświadczenia nasze wykazywały, że ***stałem bezpośrednim następstwem działania promieni ultrafioletowych u ludzi z rakiem, był wybitny spadek cholesteryny we krwi,*** wahający się między 25 — 40%. Poziom cholesteryny kontrolowany następnie w okresie 2 — 3 dni, wracał zwykle po 48 godz. do wysokości pierwotnej. Dla przykładu przytoczymy:

1) Chora S. z rakiem macicy 23. III. 1929 przed naświetleniem cholesteryny we krwi 100 mg %, tuż po naświetleniu 76 mg % (— 24%).

2) Chora F. z rakiem szyjki macicy 13. III. 1929, przed naświetleniem cholesteryny we krwi 120 mg %, tuż po naświetleniu 80 mg % (— 33%).

3) Chora L. z rakiem macicy 8. IV. 1929 przed naświetleniem cholesteryny we krwi 160 mg %, tuż po naświetleniu 120 mg % (— 25%).

4) Chora B. z rakiem macicy 22. IV. 1929 przed naświetleniem cholesteryny we krwi 160 mg %, tuż po naświetleniu 116 mg % (— 28%).

5) Chora B. z rakiem macicy 5. V. 1929 cholesteryny we krwi przed naświetleniem 140 mg %, tuż po naświetleniu 92 mg % (— 40%).

7) Chora K. z rakiem macicy 24. III. 1929 cholesteryny przed naświetleniem 160 mg %. tuż po naświetleniu 120 mg % (— 25%).

8) Chory Dz. z rakiem żołądka 4. IX. 1929 cholesteryny przed naświetleniem 140 mg %, tuż po naświetleniu 100 mg % (— 28,5%).

9) Chory M. z rakiem żołądka 4. IX. 1929 cholesteryny przed naświetleniem 160 mg %, tuż po naświetleniu 108 mg % (— 32,5%).

Spadek poziomu cholesteryny po naświetleniu lampą kwarcową był przejściowy. Poziom cholesteryny, kontrolowany w 24 — 48 — 96 godz. po naświetleniu podwyższał się, uzyskując w niedługim czasie wartość pierwotną. Dla przykładu przytoczymy chorą S. z rakiem macicy: cholesteryny przed naświetleniem 100 mg %, tuż po naświetleniu stwierdziliśmy spadek na 76 mg % (— 24%), w 48 godz. potem cholesteryna wynosiła znów jak przed naświetlaniem 100 mg %. Jeden raz mieliśmy sposobność badania zachowania się cholesteryny we krwi w przypadku raka macicy, w którym zastosowano następnie leczenie radem. Chorą F. z rakiem macicy 13. III. 1929 naświetlono lampą kwarcową — cholesteryny przed naświetleniem 120 mg %, zaraz po naświetleniu 80 mg % (— 33%), w 48 godz. potem 96 mg %. Dnia 16 i 17-tego miesiąca (przez 24 godz.) otrzymała wśródmacicznie 20 mg radu. Następnego dnia stwierdziliśmy spadek cholesteryny na 72 mg % (— 25%) poczem poziom jej w następnych dniach zaczął wzrastać: 20. III. 1929 80 mg % (— 15,8), 22. III. 1929 88 mg % (— 8,3%), dążąc więc do wartości pierwotnej. Ta obserwacja, odnośnie do radu, chociaż jedyna w naszych doświadczeniach nie wyklucza, że działanie lampy kwarcowej, ciał promieniotwórczych (radu), a może i promieni Roentgena (Hubert) na poziom cholesteryny we krwi u ludzi dotkniętych rakiem — jest podobne.

---

[6]) R. Bernhardt: Przyczynek do znajomości łuszczycy. Przegląd Derm. Nr. 2, 1924 r.

[7]) R. Leszczyński: Archiv. f. Derm. 1928 r., t. 156, str. 102.

[1]) St. Malczyński: O wpływie naświetlania lampą kwarcową (systemu Hanau) na poziom cholesteryny we krwi u zwierząt i ludzi. (Pol. Gaz. Lek. 1928. Nr. 40).

[2]) Praca R. Huberta, dotycząca zachowania się poziomu cholesteryny we krwi pod wpływem promieni Roentgena u ludzi, dotkniętych schorzeniami nowotworowemi (rakiem) ukazała się w toku pierwszej serji naszych badań. (Klin. Wochenschrift 1928. S. 208).

[3]) J. W. PP. Kierownikom Kliniki i Oddziału Wewn. Szpitala Państwowego składam serdeczne podziękowanie za możność korzystania z urządzeń i za pozwolenie użycia materjału chorych.

Zbierając wyniki naszych badań, przytoczonych powyżej, musimy podkreślić jeszcze raz *kontrast, jaki mogliśmy wykazać bez wyjątku w zachowaniu się cholesteryny we krwi pod wpływem promieni ultrafioletowych u ludzi rakowych i nierakowych; a mianowicie — po naświetlaniu przyrost cholesteryny u nierakowych, a spadek jej u ludzi dotkniętych rakiem.* Kontrast ten, biologicznie ciekawy, może nie byłby pozbawiony i *wartości rozpoznawczej, praktycznej,* gdyby dał się potwierdzić na bardzo obszernym materjale.

Nie mając pewnych danych, nie chcemy wchodzić w sprawę tłómaczenia zaburzeń w poziomie cholesteryny u ludzi pod wpływem promieni ultrafioletowych. Czy sam fakt występowania zmian, jak i odmienność ich u ludzi rakowych i nierakowych da się wytłómaczyć stanem układu siateczkowo-śródbłonkowego, czy też odmiennem zachowaniem się narządów, mających znaczenie w przemianie cholesterynowej uczłowieka — tego dziś rozstrzygać nie możemy.

Marja HRYNIEWICZ, A. ŁAWRYNOWICZ, E. WASILEWSKA - MIRONOWICZOWA. Warszawa.

Wartość porównawcza podstawowych metod pasteryzacji mleka (pod względem epidemjologicznym).

Z Miejskiego Instytutu Higjenicznego m. Warszawy.

Stosowanie pasteryzacji mleka posiada znaczenie gospodarcze i epidemjologiczne. Gospodarcze, gdyż mleko pasteryzowane daje się dłużej przechować, epidemjologiczne — przez zniszczenie tą drogą drobnoustrojów chorobotwórczych w mleku. Sprawę pasteryzacji mleka w komunikacie niniejszym będziemy rozpatrywali przedewszystkiem z punktu widzenia epidemjologicznego.

Liczne materjały epidemjologiczne w sposób przekonywujący wykazały rolę mleka jako czynnika w szerzeniu się w niektórych spraw chorobowych, przedewszystkiem gruźlicy i duru brzusznego. W planowej akcji zwalczania tych spraw chorobowych jedno z ogniw stanowi unieszkodliwienie mleka przez zastosowanie pasteryzacji.

Wiedząc jak wysoce zanieczyszczonem drobnoustrojami jest nasze mleko, zawierające w przeważającej większości (75,6%) od 5 do 50 miljonów bakterji w 1 cm³ (H r y n i e w i c z ó w n a i W a s i l e w s k a - M i r o n o w i c z o w a), wiedząc że w warunkach naszych wśród zdrowej ludności stwierdza się 0,5% nosicieli pałeczek durowych, stanowiących źródło zakażeń kontaktowych (Ł a w r y n o w i c z, P i o t r o w s k a, S t a n k o w s k a), tem większe znaczenie powinniśmy nadawać sprawie pasteryzacji mleka w naszych warunkach.

Praktyka mleczarska, rozporządzająca już dużem doświadczeniem, korzysta do celów pasteryzacji z dwóch metod zasadniczych: 1) pasteryzacji wysokiej (85⁰) i krótkotrwałej (5') oraz 2) pasteryzacji nizkiej (63⁰) i długotrwałej (30'). Dokoła tych metod trwa dotąd ożywiona dyskusja omawiająca dodatnie i ujemne cechy każdej z nich pod względem wartości odżywczej mleka pasteryzowanego i pod względem epidemjologicznym. Nagromadzone co do tego materjały będą poddane specjalnemu omówieniu przy innej sposobności. Na tem miejscu zamierzamy na podstawie własnych doświadczeń porównać obie wspomniane wyżej metody pasteryzacji, aby tą drogą dojść do wniosków praktycznych co do wartości ich, przedewszystkiem pod względem epidemjologicznym.

Pasteryzacja działa na całość zawartych w mleku drobnoustrojów, których gatunki poszczególne posiadają różny stopień wrażliwości na ciepło. Do celów charakterystyki wartości metod pasteryzacji dokonaliśmy spostrzeżeń w kierunkach następujących: A) ogólny % obniżenia liczby bakteryj w mleku pasteryzowanem w porównaniu z mlekiem surowem, B) oddziaływanie ogrzewania na zawartość dwu zasadniczych fermentacyjnych grup bakteryj mleka — bakteryj proteolitycznych i bakteryj fermentujących cukier mlekowy oraz C) oddziaływanie na drobnoustroje chorobotwórcze — pał. durową i pał. błoniczą, (pał. gruźlicza została wyeliminowana z tej serji spostrzeżeń w celu poddania jej specjalnemu badaniu).

A) W zależności od wysokości t⁰ i czasu jej działania spostrzega się mniejsze lub większe obniżenie początkowej liczby bakteryj w mleku. Piśmiennictwo wykazuje, że np. t⁰ — 62,5 może obniżyć liczbę saprofitów mleka o 98%, 60⁰ o 90% (A y e r s a. J o h n s o n), według P r u c h a pasteryzacja obniża liczby bakteryj o 99%, D a l l a T o r r a podaje, że t⁰ 62 — 63⁰ w ciągu 30' niszczy 99,95% bakteryj, J e n k i n s — 62,5⁰ w ciągu 30' obniża o 94—99,8%, 60⁰ — o 51,6% do 97,4%. Dane te dotyczą t. zw. nizkiej pasteryzacji, brak odpowiednich liczb porównawczych dla pasteryzacji wysokiej. Zabiciu ulega przeważająca część postaci wegetatywnych bakteryj, pozostają bakterje, wytwarzające przetrwalniki oraz mniej lub więcej oporne na działanie ciepłoty.

Spostrzeżenia własne wykonaliśmy według metodyki następującej. Liczbę bakteryj określano na ogólnie używanym w pracowni zwykłym agarze słabo zasadowym. Nie jest to bynajmniej metoda całkowicie zadawalająca, gdyż daje nam liczby częściowe — tylko bakterje, dające się hodować w tych warunkach, jednakże stosowana do wszystkich spostrzeżeń umożliwia otrzymanie materjału dla zestawień porównawczych. Mleko surowe zasiewano zwykle w rozcieńczeniu 1 : 10.000 (w roztworze fizjologicznym), mleko pasteryzowane w rozcieńczeniu 1 : 100. Pasteryzację mleka wykonywano jednocześnie na 2 łaźniach wodnych w probówkach (wymiar poprz. około 2 cm), zatkanych watą; górny poziom mleka w probówce znajdywał się o 5 cm niżej powierzchni wody w łaźni wodnej. Natychmiast po ukończeniu ogrzewania wykonywano posiew. Metodyka nasza nie była idealną z punktu widzenia laboratoryjnego, gdyż górna powierzchnia mleka stanowiła, przypuszczalnie, strefę ulegającą niższemu ogrzewaniu, niż reszta mleka w probówce. Z punktu widzenia metodycznego bardziej dokładne wyniki dałoby ogrzewanie mleka w ampułkach zatopionych, zanurzonych w łaźni wodnej. Biorąc jednakże pod uwagę, że konstrukcje aparatów używanych do pasteryzacji w mleczarstwie w znacznej części odpowiadają raczej warunkom naszych doświadczeń, gdyż nie dają zamknięcia hermetycznego, uważamy stosowaną przez nas metodykę za całkowicie wystarczającą do oparcia wniosków. Ogółem zbadano, jak wykazuje tablica I-sza, 196 prób mleka, ogrzanych przy 63⁰ (30') i 182 próby przy 85⁰ (5'). W obliczeniach naszych chodziło nam o ustalenie % zabitych bakteryj. Materjał w tablicy ułożony został w ten sposób, że wykazuje jak często (w jakim odsetku przypadków badanych) każda z dwu metod stosowanych daje ten czy inny stopień obniżenia liczby bakteryj.

Z tablicy wynika, że *różnica w wynikach stosowania tych metod nie jest duża.* Zaznacza się jednakże *nieco większa siła działania ogrzewania przy 85⁰.* W pierwszej rubryce tablicy różnica ta stanowi 10%. Ogrzewanie przy 85⁰ w ciągu 5' częściej daje zabicie ponad 99% pierwotnej liczby bakteryj, niż ogrzewanie przy 63⁰ w ciągu 30'. O ile chodzi o dokładniejsze określenie % zabitych bakteryj stanowi ono w rubryce pierwszej przeważnie ponad 99,9%.

T a b l i c a 1.

Pasteryzacja T	Pasteryzacja Czas ogrzewania	Liczba spostrzeżeń	Zostało zabite pierwotnej liczby bakterji ponad 99%	98 99%	96 98%	94 96%	90–94%	75 90%
65⁰	30'	196	160 (81,7%)	17 (8,7%)	8 (4%)	4 (2%)	4 (2%)	3 (1,6%)
85⁰	5'	182	165 (90,7%)	7 (3,9%)	2 (1,1%)	2 (1,1%)	3 (1,6%)	3 (1,6%)

B. Działanie na bakterje proteolityczne i bakterje fermentujące cukier mlekowy. Na tych dwóch grupach bakteryj zatrzymaliśmy się ze względu na ich znaczenie patogenetyczne oraz gospodarcze. Stosowana do celów gospodarczych pasteryzacja ma jako cel przedewszystkiem zabicie bakteryj fermentujących cukier mlekowy, jako powodujących niepożądane z punktu widzenia przemysłu mlecznego zakwaszenie mleka. Zniszczenie tych bakteryj (nie wytwarzających przetrwalników) uwalnia pole działania ich antagonistów — bakteryj proteolitycznych, przeważnie wytwarzających przetrwalniki, powodujących rozkład i przekształcenie substancyj białkowych mleka, proces prawie obojętny dla przemysłu mlecznego, lecz posiadający znaczenie patogenetyczne, zwłaszcza przy żywieniu takiem mlekiem niemowląt. Były to powody dla których na tych właśnie grupach zatrzymaliśmy naszą uwagę, starając się wyjaśnić ich zachowanie się po zadziałaniu obu metod pasteryzacji.

Zgóry możemy przyjąć schematycznie, że żadna z bakteryj wytwarzających przetrwalniki, nie ginie po pasteryzacji. Stanowią one znaczną część bakteryj peptonizujących i bardzo rzadko spotykają się wśród fermentujących cukier mlekowy. Opierają się również pasteryzacji bakterje termofilne, nie wytwarzające przetrwalników, proteolityczne i fermentujące cukier mlekowy; wśród

ostatnich stwierdzono różne postacie paciorkowców, dwoinek, tetrakoków oraz pałeczki *(b. bulgaricum, b. Jugurt, b. lactis)* (S e i b e l).

Spostrzeżenia nasze wykonywane były w ten sposób, że przed i po pasteryzacji określaliśmy liczbę bakteryj, peptonizujących żelatynę, oraz bakteryj, rozkładających cukier mlekowy na specjalnem podłożu z dodatkiem kredy. Żelatyny używaliśmy zwykle słabo zasadowej 10%. Podłoże dla wykrycia bakteryj fermentujących cukier mlekowy sporządzaliśmy w sposób następujący: do mleka z małą zawartością tłuszczu po zagotowaniu i ostudzeniu dodawano stężonego HCl w ilości 3 cm^3 na 1 l. Po 2—3 dniach mleko sączono przez gazę i bibułę w celu otrzymania możliwie przeźroczystej serwatki, alkalizowano do odczynu obojętnego i raz jeszcze filtrowano przez bibułę w celu usunięcia strąconego białka. Do otrzymanej serwatki dodawano równą objętość wody przekroplonej i w stosunku do ogólnej ilości płynu 0,5% cukru mlekowego, 0,5% peptonu, 0,5% soli kuchennej i 3% agaru. Wyjaławiano w autoklawie. Podczas wykonywania posiewu mleka do 5 cm^3 agaru dodawano 1 cm^3 wyjałowionej poprzednio zawiesiny kredy (2,5 g kredy na 10,0 roztw. fizjologicznego). Po otrzymaniu równomiernej zawiesiny i dodaniu mleka badanego wylewano na płytki. Kolonje bakteryj fermentujących cukier mlekowy wytwarzały kwas rozpuszczający kredę, dający pole prześwietlenia dookoła tych kolonji. Wyniki naszych spostrzeżeń przedstawia tablica II-ga.

T a b l i c a II.

Bakterje	Liczba prób	Obie metody dały wynik jednakowy	63° wynik lepszy	85° wynik lepszy
Peptonizujące	29	12	8*)	9*)
Fermentujące kwas mlekowy	22	16	4*)	2*)

*) Różnice w liczbach otrzymanych były minimalne, przeważnie w granicach błędów technicznych.

Działanie obu metod było zasadniczo jednakowe. Bakterje rozrzedzające żelatynę ulegały zabiciu w stosunku 99,5% liczby pierwotnej (spostrzeganie 5-cio dniowe). Bakterje fermentujące cukier mlekowy ginęły przeważnie całkowicie — 100% — płytki kredowe po 5 dniach pozostawały jałowe.

Z powyższego wynika, że *działanie obu metod na bakterje rozrzedzające żelatynę i bakterje fermentujące cukier mlekowy jest nieomal jednakowe.* Wyniki te zostaną poddane w nowej serji spostrzeżeń (H r y n i e w i c z ó w n a i W a s i l e w s k a - M i r o n o w i c z o w a) głębszej analizie przez wyosobnianie czystych hodowli bakteryj, należących do obu grup, oraz poddawanie ogrzewaniu przy 63° i 85°.

C) Działanie na bakterje chorobotwórcze z punktu widzenia epidemjologicznego posiada największe znaczenie w ocenie sposobów pasteryzacji mleka. Badania nad działaniem rozmaitej t° na bakterje chorobotwórcze są bardzo liczne, piśmiennictwo rozporządza dużym materjałem. Mieć należy na względzie, że wynik zadziałania zależeć może od szeregu czynników rozmaitych, np. rodzaju płynu w którym ogrzewa się zawiesinę bakteryj, gęstości zawiesiny, wieku hodowli. Szereg spostrzeżeń ustalił, że oporność bakteryj zawieszonych w rozmaitych środowiskach jest różna (F i c k e r, P a t z s c h e); w mleku jest większa niż w wodzie przekroplonej lub roztworze fizjologicznym.

W swoich spostrzeżeniach ograniczyliśmy się do pałeczek durowych oraz błoniczych. Spostrzeżenia nad opornością pałeczek gruźliczych będą opracowane osobno.

W piśmiennictwie mamy dane, dotyczące działania pasteryzacji na bakterje w mleku dla pałeczek durowych, paratyfusowych, zarazy pyska i racic, *b. aborti Bang il.* Ograniczając się do swych spostrzeżeń, wskażemy spostrzeżenia O r s k o w'a, który je wykonywał w probówkach, zwracając specjalną uwagę na warunki w których się ogrzewa probówki; podkreśla on duże znaczenie głębokości zanurzenia probówki, pozostawanie wyschniętych bakteryj na ściankach wewnętrznych probówki, różnych sposobów korkowania, np. zastosowanie korków gumowych wybitnie podnosi szybkość bakterjobójczego działania t°. W spostrzeżeniach swoich miał O r s k o w wyniki następujące. Pałeczki paratyfusowe w mleku ogrzewane w otwartej probówce przy 63°, znosiły działanie tej t° ponad 15', w probówkach zamkniętych korkiem gumowym były zabite po 3'; wysuszone pałeczki znosiły ogrzewanie przy 63° ponad 2 godziny.

Najbliższemi warunkom realnym pasteryzacji mleka są doświadczenia Z e l l e r'a, który je wykonywał w aparatach używanych w przemyśle mleczarskim (pojemność 1000 l.). Z jego spostrzeżeń, dotyczących tylko niskiej pasteryzacji (63°), wynika, że szczepy pał. durowej (5) były zabite po 30', z 7 szczepów paratyfusowych 5 w tych warunkach było zabitych, 2 pozostały żywe.

Spostrzeżenia nasze wykonywane były według metodyki następującej: Z hodowli dobowej drobnoustroju badanego sporządzano gęstą zawiesinę, dodając do jałowych próbek mleka, rozlanych po 6 cm^3, 2 cm^3 zawiesiny. Probówki, zatkane spoistym korkiem z waty, umieszczano na łaźni wodnej w ten sposób, aby powierzchnia mleka w probówce była o 5 cm niżej powierzchni wody; przy 63° probówki trzymano w ciągu 30' przy 85°—5'; po ukończeniu pasteryzacji umieszczano na dobę w cieplarce, poczem wykonywano badanie mleka na jałowość.

Próby orjentacyjne wykazały, że t° 63° w ciągu 15' nie wystarcza do zabicia bakteryj grupy okrężnicowo-durowej.

Wyniki naszych spostrzeżeń wypadają w sposób następujący:

T a b l i c a III.

Liczba szczepów	Pałeczka durowa		Pałeczka błonicza	
	63°—30'	85°—5'	63°—30'	85°—5'
Badano	20	19	10	10
Nie zabito	—	—	—	—
Zabito	20	19	10	10

Do spostrzeżeń użyto wyłącznie szczepów wyosobnionych w pracowni w ciągu ostatniego roku. *Wynik porównawczy obu metod pasteryzacji był identyczny.* W warunkach laboratoryjnych dają one efekt jednakowy — gwarancja zabicia tych drobnoustrojów całkowita.

Wyniki, otrzymane w warunkach laboratoryjnych, mogą być tylko z zastrzeżeniem przeniesione na teren praktyki przemysłu mleczarskiego. Aparatura, stosowana do celów pasteryzacji, w szeregu przypadków posiada braki rozmaitego rodzaju, skutkiem czego niema pewności, że cała masa mleka poddanego pasteryzacji została równomiernie i przez ten sam okres czasu poddana działaniu t° przepisowej. Ośrodkiem ciężkości staje się więc doskonałość aparatury.

Jeśli zechcemy na podstawie doświadczeń powyższych wypowiedzieć się co do wartości porównawczej z punktu widzenia gospodarczego i epidemjologicznego obu metod badanych, winniśmy stwierdzić, że obie metody należycie zastosowane, dają możność osiągnięcia celu.

W n i o s k i:

1) *Pasteryzacja przy 63° w ciągu 30' oraz przy 85°—5' w przeważającej większości spostrzeżeń zabija ponad 99,9% pierwotnej liczby bakteryj.*

2) *Ogrzewanie przy 85° — 5' częściej daje zabicie* (o 10%) *ponad 99% pierwotnej liczby bakteryj, niż ogrzewanie przy 63° — 30'.*

3) *Działanie obu metod na bakterje peptonizujące żelatynę oraz fermentujące cukier mlekowy jest nieomal całkowicie jednakowe. Bakterje fermentujące cukier mlekowy przeważnie ulegają całkowitemu zabiciu.*

4) *Działanie obu metod na drobnoustroje chorobotwórcze* — pałeczkę durową i błoniczą — *jest identyczne;* ulegają one we wszystkich przypadkach zabiciu.

5) *Wartość epidemjologiczna i gospodarcza obu tych metod jest jednakowa.*

Piśmiennictwo.

1) A y e r s a. J o h n s o n: U.S. Depart. of Agric. Bur. of Industry Bull. 161, 1913 (według O r s k o w Z. f. H. B. 105, 1925). — 2) D a l l a T o r r a: Ann. Inst. Sperim. di Caseif. in Lodi. Vol. IV, 1927 (wedł. Ctlbl. f. Bakteriol. II Abt. B. 72, 102). — 3) F i c k e r: Z. f. Hyg. B. 29, 1, 1899. — 4) H r y n i e w i c z M. i W a s i l e w s k a - M i r o n o w i c z o w a E.: Pol. Gaz. Lek. 1929, Nr. 36. — 5) J e n k i n s: Journ. of. Hyg. Vol. 25, Nr. 3, 1926. — 6) Ł a w r y n o w i c z A., P i o t r o w s k a H., S t a n k o w s k a M.: Pol. Gaz. Lek. 1928, Nr. 50. — 7) O r s k o w: Z. f. Hyg. B. 105, 317, 1925. — 8) P a t z s c h k e: Z. f. H. B. 81, 227, 1916. — 9) P r u c h a: Americ. Journ. of publ. health. V. 17, Nr. 4, 1927. — 10) S e i b e l: Milchwirtsch. Forsch. B. 4, 41 (wedł. Ctrbl. f. d. ges. Hyg. B. XV, 208). — 11) Z e l l e r: D. Tierärtzl. Woch. 1927, Nr. 47.

Franciszek KMIETOWICZ jun. Lwów.

Z badań nad stężeniem jonów wodorowych w zdrojach polskich.

Z Instytutu farmakologji doświadczalnej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. W. Koskowski.

III. Doniesienie.

I.

Wody mineralne zachodnio-karpackie należałoby podzielić z punktu widzenia siły stężenia wolnych jonów wodorowych na grupy *solanek jodowo-bromowych* Iwonicza, Rymanowa i Rabki, na grupy *szczaw-alkaliczno-solankowych* Krościenka i Szczawnicy, oraz niektórych źródeł Wysowej: grupy *szczaw wapniowo-magnezowo-żelazistych* Krynicy, Żegiestowa Muszyny i okolicy i wkońcu *wód alkalicznych* Wysowej, Głębokiego i źródła Zubera w Krynicy. Wyniki oznaczenia stężenia jonów wodorowych źródeł Krynicy i okolicy, Żegiestowa, Łomnicy i Głębokiego ogłosiłem w Polskiej Gazecie lekarskiej w r. 1923., a obecnie uzupełniam oznaczeniami wyżej wymienionych grup.

Stężenie jonów wodorowych wykonywałem na miejscu u źródła; do oznaczeń używałem jako wskaźników czerwieni bromokrezolowej i błękitu bromo-tymolowego.

Ciepłota wody badanej zawsze była utrzymana w granicach naturalnych, a wahała się od 7—12° C. a więc nizkich jak zresztą we wszystkich wodach mineralnych rodzimych.

II.

Solanki jodowo-bromowe *Iwonicza* są wszystkie hypertoniczne, bo więcej niźli 1—1.2 procentowe. Przeważa w nich chlorek sodowy, który jest w ilości 0.8—0.95%. Natomiast dwuwęglanu sodowego jest zaledwo 0.15—0.18%, a bezwodnika węglowego wolnego tylko 0.05—0.06%. Bromek sodowy znajduje się tam w ilości 0.002—0.0035, zaś jodek sodowy w 0.000,5—0.002%.

Solanki jodowo-bromowe *Rymanowa* są natomiast izotoniczne. Chlorku sodowego mają mniej, niźli Iwonicz, gdyż 0.6—0.7%, dwuwęglanu sodowego 0.13%, a wolnego CO_2 w ilości 0.07—0.08%.

Bromku potasowego zawierają znacznie mniej niźli Iwonicz, gdyż tylko 0.000,6—0.001%; jodku potasowego stosunkowo więcej, gdyż 0.001—0.001,6%.

W końcu solanka jodowo-bromowa z *Rabki*, będąca mieszaniną kilku źródeł, jest wybitnie hypertoniczna, gdyż posiada około 2.5% soli. Przeważa w niej również chlorek sodu będący w ilości przeszło 2%.

Dwuwęglanu sodowego jet także niewiele bo 0.1%.

Bromku sodowego dużo, gdyż około 0.007%, jodku sodowego również więcej, bo 0.003—0.0045%.

Nie zawiera natomiast znaczniejszych ilości wolnego CO_2.

Stężenie jonów wodorowych w poszczególnych zdrojach tej grupy przedstawia przytoczona tablica Nr. 1.

Tablica I.

Rabka	15. VIII. 1929	pH
	Solanka	7.05
Rymanów	18. VIII. 1929	pH
	Źródło Klaudja	5.8
	Źródło Celestyna	6.05
	Źródło Tytus	6.2
	Kombinacja źródeł t. zw. Vichy	6.1
Iwonicz	18. VIII. 1929	pH
	Źródło sztucznie gazowane Józef	5.8
	Źródło Karol	6.9
	Źródło Amelja	7.05
	Źródło Adolf	7.1

Z oznaczenia tego widać, że najkwaśniejszemi solankami są wody izotoniczne rymanowskie, a źródło Klaudja najkwaśniejszą wodą polską. Hypertoniczne wody Iwonicza i Rabki stoją na granicy równowagi ilości jonów wodorowych i wodorotlenowych, gdyż ich pH = 7.0.

Naturalnie, że źródło Józefa z Iwonicza posiada tylko dlatego nizki wykładnik wodorowy, że jest sztucznie silnie gazowane.

III.

Drugą oznaczoną pod względem jono-wodorowem grupę stanowią szczawy alkaliczno-słone.

Woda ze zdroju Stefana w *Krościenku* jest wodą hypertoniczną posiada bowiem 1.1% soli. Jak w solankach jodowo-bromowych przeważa chlorek sodu, tak w tej grupie wód przeważa dwuwęglan sodowy, którego ilość dochodzi do 0.5%, do tego jeszcze należałoby doliczyć dwuwęglan wapna i magnezu w ilości 0.17%.

Chlorku sodowego jest tutaj znacznie mniej niźli w solankach, gdyż tylko 0.25%.

Natomiast ilość wolnego CO_2 wynosi ponad 0.2%.

To samo odnosi się i do wód ze źródeł *Szczawnicy*. I tutaj stosunek chlorku sodowego do dwuwęglanu sodowego jest jak 1 : 2. Wody te zawierają również duże ilości dwuwęglanu wapniowego i magnezowego.

Ilość jednak wolnego CO_2 waha się między 0.12% a 0.21%.

Duża skala w kwasowości źródeł szczawnickich zależy jednak od zasolenia wód powyższymi moderatorami naturalnymi.

Magdalena jest wodą silnie hypertoniczną (1.78%).

Józefina i Wanda są słabo hypertoniczne (1.08% i 1.04%).

Stefan jest izotoniczny (0.9%).

Walerja jest hypotoniczna (0.74%), a zaś woda Szymona jest również wodą silnie hypotoniczną, bo zaledwie 0.38%. Prawie proporcjonalnie do zasolenia układa się wskaźnik wodorowy tych źródeł. Wody hypertoniczne są na granicy kwasozasadowej, izotoniczne są słabo kwaśne, a hypotoniczne zwłaszcza ze źródła Szymona wyraźnie kwaśne.

Pewne odchylenia zależą od zmiennej ilości CO_2, Stefan izotoniczny jest kwaśniejszy od hypotonicznej Walerji, gdyż posiada 0.21% CO_2; Walerja zaś tylko 0.125% wolnego bezwodnika węglowego.

Tablica II.

Krościenko	7. VIII. 1929	pH
	Źródło Stefan	6.3
Szczawnica	7. VIII. 1929	pH
	Źródło Szymon	6.1
	Źródło Wanda	6.5
	Źródło Stefan	6.7
	Źródło Walerja	6.8
	Źródło Józefinka	6.95
	Źródło Magdalena	7.0

IV.

Wysowa posiada najróżnorodniejszy skład wód mineralnych w swych zdrojach.

Zdrój „Słony" i „Olga" są szczawami alkaliczno-słono-bromowemi. Reszta źródeł są to szczawy alkaliczno-słone, względnie sodowo-wapniowe, a nawet szczawy alkaliczno-żelaziste i proste szczawy stołowe.

W Zdroju „Słonym" przeważa dwuwęglan sodowy w ilości 0.7%, w Oldze 0.4%, w Bronisławie i Rudolfie 0.35%, w Józefie i Wandzie około 0.2%, a w Karolu tylko 0.12%.

Chlorku sodowego jest więcej tylko w „Słonym" i w „Oldze", bo 0.23% i 0.13%, reszta źródeł ma go tylko około 0.05%.

Bromek potasowy w Słonym i Oldze jest w ilości mniejszej niźli 0.001%.

Dwuwęglan wapna znajduje się średnio w ilości 0.05%.

Dwuwęglan żelaza w Rudolfie i Wandzie wynosi 0.01%.

Bezwodnik węglowy w ilości 0.1% w szczawach alkaliczno-słonych Olgi i Słonego, w innych źródłach dochodzi do 0.2% i tylko w Karolu jest także nizki.

„Słony" jest wodą hypertoniczną 1.12%, „Olga", „Bronisława" i „Rudolf" hypotoniczną (0.6, 0.7 i 0.5%), a „Wanda", „Józef" i „Karol" są wyraźnie hypotoniczne (0.34, 0.38 i 0.36%).

Ze względu na zawartość bezwodnika węglowego wszystkie wody są wybitnie kwaśne, poza „Słonym".

Tablica III.

Wysowa	1. VIII. 1929	pH
	Źródło Bezimienny	6.05
	Źródło Rudolf	6.1
	Źródło Wanda	6.1
	Źródło Józef (z ujęcia)	6.1
	Źródło Olga	6.15
	Źródło Karol	6.3
	Źródło Słone	6.65

Wykładnik wodorowy hypotonicznego (0.36%) Karola dlatego jest wyższy, niźli innych źródeł, gdyż woda jego zawiera tylko 0.1% wolnego bezwodnika węglowego.

Źródła Bronisławy nie oznaczałem, zdrój Bezimienny niema narazie przeprowadzonej analizy chemicznej.

V.

Z wód zagranicznych ostatnio ogłoszono m. i. stężenie źródeł mineralnych w Tunisie (Durand i Chillon), które w Chefa Ibiac miały pH = 6.5, w Atrouss 7.1, w Hammam el Lif 6.2, oraz we Francji w departamencie Puy-de-Dôme (Billard i i.). Wody Mont-Dore ze źródeł Madeleine i Pavillon des Bains Romains mają pH = 6.1, inne źródła 6.3—6.5. Wody Royat ze źródeł César i Saint-Victor pH = 6.3, Saint-Mart i Velleda = 6.5, Eugénie = 6.6.

Wody z Mont-Dore i z Royat są szczawami alkaliczno-wapniowo-magnezowo-żelazistemi, źródło Velleda z Royat zaś silną wodą hypotoniczną, bo mającą zaledwo 0.274% soli.

Szczawy alkaliczne Vichy mają pH = 6.6—7.2 (Glenard i Grużewska) i wszystkie są hypotoniczne.

Prócz tego okazały się oznaczenia pH jeziora genewskiego (Schopfer) stwierdzające, że im głębiej pobiera się wodę, tem jest ona mniej zasadową. Górne warstwy alkalizuje bowiem thyloplankton do 7.6—7.85, gdy w głębokości 50 metrowej woda wykazuje stężenie jonów wodorowych 7.2—7.5.

Dalej oznaczono stężenie wody morskiej (Legendre, Kreps) i jej stosunek do CO_2 oraz do wegetacji morskiej.

VI.

Stężenie jonów wodorowych w wodach wogóle zależy od 1) stężenia węglanów i dwuwęglanów, 2) od stężenia rozpuszczonego CO_2, 3) od stężenia rozpuszczonych innych soli, 4) w końcu pośrednio od ciepłoty (Sonders 1926).

Węglan i dwuwęglan sodowy ($NaHCO_3$ i Na_2CO_3) przy pozbawieniu roztworu bezwodnika węglowego, podnoszą stężenie jonów wodorowych od 8.5 do 12.0, zależnie od ich stężenia i dyssocjacji.

Z innych soli, które w naszych badaniach należałoby wziąć pod uwagę, rozszczepione w wodnym roztworze kwaśno reagują w środowisku wolnem od CO_2 — jodek i bromek potasu (KI, KBr) chlorek baru ($BaCl_2$) i siarczan sodowy (Na_2SO_4).

Ilość jonów wodorowych dl nich waha się między pH = 4 a pH = 7. — (Chanoz i Chevallier).

Naturalnie, że obecność CO_2 potęguje jeszcze kwasowość roztworu powyższych soli.

Niewielka obecność węglanu sodowego, obecność CO_2 jodku i bromku potasowego, w małej wprawdzie ilości, ale zdysocjonowanej przez to silnie, tłumaczy nizki cyfrowo wykładnik wodorowy solanek jodowo-bromowych z Rymanowa.

VII.

Dla różnych czynności narządów i przejawów wielu życiowych funkcyj potrzebne są zawsze pewne stałe stężenia jonów wodorowych.

Stąd też znajomość stężenia jonów wodorowych w wodach mineralnych, ma także i znaczenie praktyczne. Dowodem tego jest przykład, że wypróżnianie się żołądka do dwunastnicy po podaniu płynów alkalicznych lub słabo kwaśnych, odbywa się zawsze dopiero wtedy, kiedy treść osiągnie pH = 6.5 (Lasalle et Fache).

Jeśli to będzie woda np. Célestins z Vichy o pH = 6.8, i ta sama woda uwolniona z CO_2 o pH = 8.0, to żołądek zacznie opróżniać się po 25-ciu minutach w pierwszym wypadku, a po 35 minutach w drugim, mając stężenie jonów wodorowych w wydalonej treści zawsze stałe, równające się najmniej pH = 6.5.

Zmienia się tylko ilość dwuwęglanu sodowego wody, która zwłaszcza w drugim wypadku w połączeniu z kwasem solnym soku żołądkowego wytwarza CO_2.

Bezwodnik węglowy, jest tu tym czynnikiem, który ułatwia w tym wypadku otwarcie się odźwiernika dla zakwaszonej treści żołądkowej, (Carnot i Koskowski).

Podobnie zależne jest od stężenia wolnych jonów wodorowych także wydzielanie ślinianek (J. Zakrzewska) i trzustki (Popielski). Ilość wydzielonej śliny i soku trzustkowego jest wprost proporcjonalną do ilości wolnych jonów wodorowych, zawartych w podanym bodźcu kwasowym.

Zresztą całe trawienie zaczynowe żołądka i jelit zależy także od optymalnych warunków, któremi w znacznej mierze są odpowiednie stężenia jonów wodorowych, różne dla różnych fermentów przewodu pokarmowego.

Świadome użycie stężenia jono-wodorowego wód mineralnych dla pewnych stanów patologicznych, przy uwzględnieniu ich składu chemicznego, daje nowe środki farmako-dynamiczne w terapji.

Piśmiennictwo.

F. Kmietowicz jun.: Z badań nad pH w zdrojach polskich. Pol. Gaz. lek. Nr. 23, z r. 1923 i Pol. Gaz. lek. Nr. 46, z r. 1923. — Chanoz et Chevallier: Reaction chimique (pH) des dissolutions aqueuses de quelques sels alcalins et alcalino-terreux. Société de Biologie 1926. str. 860. — Billard, Mougeot et Aubertot: L'acidité ionique des eaux minérales du Puy-de-Dôme. Soc. de Biologie 1925, str. 1350. — Manquat: Triaté élém. de Thérapeutique 1920. — Lassale et Fache: Influence du pH des eaux alcalines sur leur évacuation gastrique. Soc. de Biologie 1926. str. 76. — Legendre: Variation de pH des Fonds marins littoraux. Soc. de Biologie 1924. str. 183. — Carnot et Koskowski: Action de CO_2 sur la motricité gastrique et sur le passage pylorique. Soc. de Biologie 1922. str. 613. — Sabatowski: Klimato i hydroterapja 1923. — Zakrzewska: Recherches sur le fonctionnement de la parotide chez l'homme. Journal de Physiol. et de Pathol. Génév. 1925. — Popielski: Jony wodorowe i czynność wydzielnicza trzustki. Akademia Umiejętności 1916.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Anna ELJASZÓWNA. Lwów.

Z kazuistyki kiły wrodzonej późnej.

Z Kliniki dermatologicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Jan Lenartowicz.

Przypadek który opisuję, odnoszący się do chorej 18 letniej, zasługuje na uwagę przedewszystkiem z powodu uogólnienia się kiły, która nie oszczędziła prawie żadnego narządu, jakoteż ze względu na charakter samych zmian, które nie należą do zbyt często spotykanych.

Z wywiadów rodzinnych, dowiadujemy się, że ojciec chorej miał być zdrów, zmarł z niewiadomej przyczyny. Matka nie ma żadnych objawów, zaprzecza zakażeniu, przebyła 4 poronienia i 3 porody. Troje żyjących dzieci wykazuje zmiany na rogówkach i niedorozwój. Chora jest ostatniem dzieckiem. Po urodzeniu i w pierwszych latach życia nie okazywała żadnych objawów chorobowych i rozwijała się zupełnie prawidłowo. Dopiero w 4 roku życia pojawiły się się zmiany na rogówkach, równocześnie zaczęła głuchnąć. W 10-tym roku życia zaczęły występować zmiany na skórze: najprzód w okolicy podszczękowej i na szyji, w 5 lat później w okolicy stawu barkowego prawego i na ramieniu prawem, w jesieni roku ubiegłego w okolicy stawu łokciowego lewego, w zimie r. b.



na twarzy. Co do zmian kostnych brak ściślejszych danych; matka wspomina tylko, że w 13-tym roku życia zauważono zniekształcenie w okolicy stawu kolanowego prawego. Nigdy nie stosowano żadnego leczenia, w szczególności swoistego.

Obecnie badanie wykazuje stan następujący: Chora ma wygląd dziecka 10-letniego. Chociaż ma lat 18, brak wszelkich objawów pokwitania. Również jej rozwój umysłowy przedstawia się bardzo prymitywnie. Z triady Hutchinsona stwierdza się *keratitis parenchymatosa* i głuchotę. Skóra blada z odcieniem szarawo-ziemistym, sucha, cienka; na klatce piersiowej wyraźnie prześwieca przez nią siatka porozszerzanych żył (objaw Fourniera). Podściółka tłuszczowa prawie w zupełności zanikła. Skóra na nosie, obu policzkach i wardze górnej sinoczerwona, nacieklа, pokryta strupami barwy brunatnej. Po ich usunięciu widoczna powierzchnia obnażona z naskórka, sącząca. Od kąta prawego żuchwy, wzdłuż jej krawędzi, biegnie blizna linijna, długości 7 cm, nierówna, pozaciągana, częściowo zrośnięta z podłożem, barwy sepji, poniżej druga podobna do niej równoległa. Blizny o podobnym charakterze widoczne w okolicy podszczękowej lewej oraz po bokach szyji. W okolicy stawu barkowego prawego rozległy ubytek naskórka, sączący, który przechodzi w bliznę, sięgającą do połowy ramienia, niezrośniętą z podłożem, tak cienką i atroficzną, że przeświecają przez nią części głębsze. Tuż powyżej dolnej nasady kości ramieniowej blizna okrągła, wielkości grosza, zrośnięta z podłożem. Podobne zmiany jak na barku widoczne w okolicy łokciowej lewej. W okolicy pachwinowej prawej przebiega blizna linijna, równoległa do więzadła Pouparta, długości 10 cm, poniżej niej znajduje się blizna okrągła, wielkości małej monety.



Mięśnie bardzo słabo rozwinięte, kościec wątły, delikatny. Czaszka bez zmian. Nasada nosa spłaszczona i rozszerzona, ale nie wykazuje siodełkowatego zapadnięcia. Skrzydełka nosa uległy częściowemu zniszczeniu. Błona śluzowa gardła zaczerwieniona, na podniebieniu twardem naciek. Zęby nieco nierówne, siekacza bocznego prawego brak, środkowe mają korony nieco zwężone ku dołowi, zresztą nie wykazują typowych zmian hutchinsonowskich. Głos chorej zachrypnięty, afoniczny, mowa jest zupełnie niezrozumiała. Badaniem laryngologicznem stwierdza się owrzodzenia na nagłośni.

Płuca w granicach prawidłowych, z tyłu stare zrosty. Uderzenie koniuszkowe serca przesunięte na lewo, tony głuche, tętno 102 słabo napięte.

W zakresie narządów jamy brzusznej stwierdza się nieznaczne powiększenie wątroby, które sięga na dwa palce poniżej łuku, śledziona nie dała się wyczuć z powodu napinania powłok.

Badanie kośćca kończyn wykazuje stan następujący:

W zakresie stawu łokciowego lewego stwierdza się przy obmacywaniu, że wyrostek łokciowy jest niedorozwinięty i luźno połączony z trzonem kości łokciowej, stawem rzekomym. Wyrostek wroni tworzy exostozę. Ruchomość stawu jest zachowana, tylko wyprostowanie jest nieco utrudnione. Roentgenogram wykazuje poza zmianami, dającemi się stwierdzić klinicznie, niedokształcenie kości łokciowej, oraz w dolnej nasadzie kości ramieniowej ognisko rozrzedzenia odpowiadające zejściu po kilaku.

W obrębie stawu kolanowego lewego stwierdza się zgrubienie górnej nasady kości goleniowej, przy ruchach trzeszczenia. Na zdjęciu roentgenowskiem w dolnej nasadzie kości udowej rozrzedzenia i zagęszczenia tkanki kostnej.

Najwybitniejsze zmiany wykazuje kończyna dolna prawa, ustawiona w położeniu t. zw. bagnetowem. Oś kości udowej przecina się z osią goleni na poziomie guzowatości goleni. Lekkie nadwichnięcie goleni na zewnątrz, świadczy o zwiotczeniu całego aparatu więzadłowego stawu kolanowego. Przy zgięciu występuje objaw szufladkowy, co świadczy o zwiotczeniu więzadeł krzyżowych. Ruchomość czynna i bierna jest utrzymana, przy ruchach słyszy się trzeszczenia. Stopa prawa w położeniu varus, lewa planovalgus.

Na roentgenogramie widoczne w górnej nasadzie kości goleniowej płaskie wyżarcia o poszarpanych konturach i naloty okostnowe, poniżej stare złamania kości z przemieszczeniem odcinka obwodowego w bok. Granica trzonu i nasady przedstawia się jako jasna linja o nieregularnym przebiegu.



W dolnej nasadzie kości udowej rozrzedzenia jako zejścia po kilaku. A zatem oprócz pozostałości po *osteomyelitis gummosa* spotykamy ślady przebytych zmian wegnerowskich i zaburzenia kostnienia w postaci utrzymanej linji na granicy trzonu i nasady. Nigdzie na zdjęciach nie widać czynnych zmian kostnych.

Układ nerwowy bez zmian. Płyn mózgowo-rdzeniowy również bez zmian, wykazuje ujemny odczyn Wassermanna, chociaż we krwi ten odczyn jest silnie dodatni.

Badanie krwi wykazuje zmniejszoną ilość krwinek i hemoglobiny; w obrazie histologicznym lekka monocytoza.

Mocz o barwie jasnej, c. g. 1015, białko obecne w ilości 3‰, w osadzie wałeczki szkliste i ziarniste, pojedyńcze krwinki i nabłonki nerkowe. Polarymetrycznie nie stwierdza się lipoidów.

Badanie funkcjonalne nerek:

Próba wodna:

Próba rozcieńczenia: po podaniu naczczo 1000 g wody

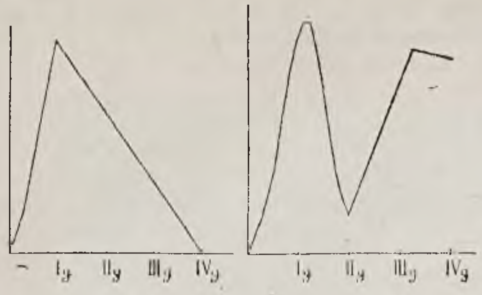
1 godz. ilość moczu: 277 cm³ — c. g. 1010
2 godz. ilość moczu: 176 cm³ — c. g. 1005
3 godz. ilość moczu: 111 cm³ — c. g. 1007
4 godz. ilość moczu: 50 cm³ — c. g. 1010

Próba zagęszczenia:

1 godz. ilość moczu: 157 cm³ — c. g. 1012
2 godz. ilość moczu: 26 cm³ — c. g. 1020
3 godz. ilość moczu: 135 cm³(?) — c. g. 1005(?)
4 godz. ilość moczu: 134 cm³(?) — c. g. 1005(?)

A zatem typ krzywej rozcieńczenia odpowiada schorzeniu naczyniowemu (strome wznoszenie się krzywej). Stwierdza się zatrzymanie 376 cm³. RN we krwi prawidłowy. Ciśnienie krwi niepodwyższone. Próba jodowa: po podaniu 0,5 g KJ, jod wydzielił się po 48 godz. Błękit metylenu wydzielał się przez 96 g.

Krzywa Volharda:



Krzywa rozcieńczenia Krzywa zagęszczenia

Na podstawie powyższych wyników badania czynnościowego nerek stwierdzamy *glomerulo - nephritis* lekkiego stopnia.

Oprócz seroreakcji Wassermanna i Sachs-Georgiego, które jak wspomniano wypadły we krwi silnie dodatnio, wykonano także inne odczyny biologiczne, a mianowicie próbę luetynową, zastosowując obok luetyny Bussona, luetynę, otrzymaną ze zmian pierwotnych u królików, szczepionych kiłą. Naprzód wykonano odczyn luetynowy przez skaryfikację, analogicznie do próby Pirqueta, co dało słaby odczyn zapalny, natomiast po wstrzyknięciu śródskórnem obu rodzajów luetyny po 0,1 cm^3 wystąpił bardzo silny odczyn ogólny i miejscowy: zapad, słabe tętno, ustawiczne wymioty, ciepłota początkowo poniżej normy, po kilku godzinach wzrosła do 38°. Równocześnie ilość białka w moczu podniosła się do 12°/₀₀. W miejscu wstrzyknięcia luetyny pojawił się silny odczyn zapalny w postaci guzka, żywo czerwonego, z pęcherzykiem ropnym na szczycie. Po kilku dniach wystąpiła *limphangitis* i powiększenie gruczołów pod pachą. Zaznaczyć należy, że luetyna królicza była dwukrotnie badana na jałowość. Badanie histologiczne skrawka wyciętego z guzka, odpowiadającego odczynowi luetynowemu, wykazało tkankę ziarninową o charakterze banalnym, nie udało się stwierdzić swoistych nacieków kilakowych.

Leczenie swoiste, które w tym wypadku należało stosować energicznie, natrafiało na znaczne przeszkody z powodu zmian w nerkach. Wobec tego ograniczono się do stosowania arsenobenzolu w dawkach po 0,15, w łącznej ilości 2,70 g. Stan chorej szybko się poprawiał, zmiany na skórze zabliźniły się.

Zasługuje na uwagę fakt, że przez kilka dni, bezpośrednio następujących po wstrzyknięciu novarsenobenzolu ilość białka w moczu zmniejszała się, w końcu obniżyła się stale do 1°/₀₀ chociaż chora nie przestrzegała djety i znacznie więcej chodziła, niż w początkach pobytu na klinice.

Ze względu na ten wynik leczniczy i na zaostrzanie się sprawy, toczącej się w nerce, pod wpływem luetyny, możnaby tu myśleć o tle kiłowem, chociaż nigdzie w piśmiennictwie nie spotykamy wzmianki o takiej ich formie. Zazwyczaj w kile spotykamy się z nefrozą, dość trudno byłoby przyjąć tak czystą postać *glomerulo nephritis,* jak przy błonicy ,czy też płonicy. Wywiady w tym kierunku nie dały żadnych danych.

* * *

W opisanym obrazie klinicznym zasługują przedewszystkiem na uwagę zmiany kostno-stawowe. Są one naogół dość częste w kile wrodzonej późnej tak, że niektórzy autorzy, jak Nicolas, Gaté, Pillon, uważają je wprost za stigmata i proponują wprowadzenie tetrady zamiast triady Hutchisona. Zdaniem innych są one częstszym i stalszym objawem, niż zęby Hutchinsona. W ogólności rozpatrzenie nowszego materjału statystycznego, odnoszącego się do częstości występowania zmian w różnych narządach w kile wrodzonej późnej, pozwala stwierdzić uderzający fakt, że zęby Hutchinsona należą do zmian raczej rzadkich, niż częstych (Hippel, Heymann, d'Alise, Parounagion). Tego też objawu brak było w moim przypadku. W piśmiennictwie, zwłaszcza oftalmologicznem, podnoszono równoległość występowania *keratitis parenchymatosa* i zmian stawowych.

Zmiany kiłowe wrodzone w układzie kostnym można podzielić na 1) czysto kostne, 2) czysto stawowe, 3) mieszane. W grupie pierwszej spotykamy następujące postacie: 1) *osteochondritis,* 2) *periostisis,* 3) *osteomyelitis gummosa.* Z rzadszych zmian opisywano: 4) *osteomyelitis fibrosa rareficans* (Pick), w której stwierdza się tylko ogniska rozrzedzenia i odczynowe bujanie okostnej, stąd też inna nazwa tej postaci *osteoporosis hypertrophica,* 5) nadmierny wzrost kości na długość, spowodowany zwyrodnieniem chrząstki na granicy trzonu i nasady.

Zapalenia stawów na tle kiły wrodzonej dają wysięk surowiczy albo ropny, z wyraźnie dodatnim odczynem Wassermanna w płynie wysiękowym.

W opisanym przypadku mamy do czynienia prawie wyłącznie ze zmianami kostnemi, jeżeli nie bierzemy pod uwagę towarzyszącej im *synovitis,* oczywiście następowej. Zmiany te zlokalizowane są jednakże tylko w końcach stawowych kości. Zajęte są naogół miejsca predylekcyjne: dolna nasada kości udowej i ramieniowej, oraz górna nasada goleni. Jako ciekawe i niezwykłe cechy tych zmian podnieść należy: że są one bardzo rozległe, że jako następstwo kilaków nie spotykamy ubytków, ani rozleglejszego zniszczenia, tylko rozrzedzenia tkanki kostnej, oraz zasługuje na uwagę morfologiczny charakter zmian w stawie łokciowym.

Również zasługują na uwagę zmiany w nerkach, gdyż na podstawie badania funkcjonalnego należałoby tu rozpoznać *glomerulo nephritis,* a z taką formą nie spotykamy się przy kile trzeciorzędnej, o ile mogłam stwierdzić na podstawie zebranego piśmiennictwa.

Piśmiennictwo.

Finger-Jadassohn: Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. Zentralblatt der Haut und Geschlechtskrankheiten od 1921 do 1929 roku.

Dr. Oskar BLATT. Lwów.

O leczeniu gruźlicy skóry wstrzykiwaniami tranu wedle Jaczewskiego.

Z oddziału skórno-wenerycznego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.
Prymarjusz: Prof. Dr. R. Leszczyński.

Schorzenia skóry, wywołane przez gruźlicę, wymagają obok energicznego leczenia miejscowego, przedewszystkiem podniesienia sił obronnych ustroju. Zasób znanych środków i sposobów t. zw. leczenia ogólnego gruźlicy wzbogacił ostatnio Jaczewski (Przegląd Dermatologiczny Nr. 3, 1928) nową, a nader cenną metodą.

Zachęceni i upoważnieni przez Autora na dłuższy czas przed ogłoszeniem wspomnianej pracy, rozpoczęliśmy stosowanie w myśl sposobu Jaczewskiego na większym materjale chorych z gruźlicą skóry. Metoda ta polega na wstrzykiwaniu domięśniowo tranu z dodatkiem nalewki jodowej, w ilości 5%, podawaniu nalewki jodowej, tranu i *aqua calcis* doustnie oraz na pędzlowaniu zmian skórnych również nalewką jodową. Pozatem nie stosował autor żadnych innych zabiegów miejscowych, uzyskując w podany wyżej sposób dobre wyniki. Metodę Jaczewskiego zmodyfikowaliśmy nieco, stosując zamiast pędzlowania zmian toczniowych nalewką jodową opatrunki z tranu czystego.

W pracy Jaczewskiego znajdujemy teoretyczne uzasadnienie tego rodzaju leczenia, oparte na danych z biologji gruźlicy, roli lipaz i tłuszczów w gruźlicy oraz na spostrzeżeniach, dotyczących zmian w gospodarce wapnia i jego ciągłej utracie przez ustrój chory na gruźlicę.

Wprowadzając wstrzykiwania domięśniowe tranu z nalewką jodową do leczenia gruźlicy skóry, oparł się Jaczewski na dobrych wynikach, uzyskanych przez Finikowa, który leczył gruźlicę kości i stawów zapomocą wstrzykiwań oliwy z jodem. Rozumowanie autora, na które się w całości piszemy, opiera się na znanych, poniekąd specyficznych własnościach tranu, o ile idzie o gruźlicę. Tran podaje się w formie czystej, niewyjałowionej, aby go nie pozbawić cennych witamin. Domieszka nalewki jodowej (1:20), służyć ma do zabezpieczenia jałowości zawiesiny i do wywołania silniejszego odczynu miejscowego z limfocytozą. Osoby dorosłe otrzymują od 5—10 cm^3 w odstępach 2—3 tygodnionych. Już po pierwszych próbach uderzyła nas niezwykła prawidłowość odczynu ogólnego o typie, stale się powtarzającym u chorych z tocznim zwyczajnym niezbyt rozległym, niepowikłanym większemi zmianami w płucach lub gruczołach chłonnych. Ciepłota chorych 6-go dnia po zastrzyku zaczyna narastać, osiągając szczyt swój 8 lub 9-tego dnia, by potem opaść krytycznie lub też stopniowo wrócić do normy. Zjawisko to stale występuje u wszystkich chorych i stanowi — jak się zdaje — najistotniejszą część działania tranu. W parze z odczynem ogólnym idzie odczyn miejscowy, a więc obrzmienie, zaczerwienienie i bolesność w miejscu zastrzyku. Odczyn ogniskowy nie zawsze daje się stwierdzić. Niekiedy widzieliśmy istotnie zaostrzenie zmian na skórze. W niektórych przypadkach, do których później wrócimy, zachowuje się odczyn nieco odmiennie. W piśmiennictwie nie spotkaliśmy się z opisem podobnie regularnie przebiegających odczynów, jakkol-

wiek zastrzykiwania tranu — nie są w dermatologji nowością. W przypadkach ciężkiej świerzbiączki *(Prurigo Hebrae)* stosował je np. Cimoca (Zbl. Bd. XII. 1154), uzyskując w ten sposób przemijającą poprawę.

Spostrzeżenia nasze poczyniliśmy na materjale chorych, obejmującym 120 przypadków *lupus vulgaris*, 2 przypadki *tbc. verrucosa cutis*, 6 przypadków rozsianych tuberkulidów i 5 przypadków *erythema induratum Bazin*, częściowo powikłanych przez tuberkulidy. Ponadto zastosowaliśmy leczenie metodą Jaczewskiego w 5 przypadkach *lupus erythematodes*, w których badania wstępne wykonane według Füllenbaumówny (Acta derm.-vener. 1926. Vol. VII. Fasc. 3.) wykazały tło gruźlicze schorzenia.

I.

W przeważającej ilości przypadków tocznia zwyczajnego i gruźlicy skóry rozmiękającej, odczyn wspomniany przebiegał w sposób typowy t. j. zaczynał się 6-tego dnia po wprowadzeniu tranu z jodem, niewielką popołudniową zwyżką ciepłoty od 37,5° C, osiągał szczyt swój dnia 8-ego lub 9-tego; opadał najczęściej stopniowo do normy. Obok odczynu ogólnego t. j. zwyżki ciepłoty i ogólnego rozbicia, stwierdzaliśmy dość silny odczyn miejscowy w postaci zaczerwienienia i obrzęku bolesnego w miejscu złożenia tranu z jodem. Udało się nam również w niewielkiej ilości przypadków zaobserwować i odczyn ogniskowy. Ciepłota w dniach odczynu nie przekraczała zwyczajnie zbytnio 38° C, zdarzały się jednakowoż przypadki, w których dochodziła, a nawet niekiedy przekraczała 40° C. Zdarzało się to najczęściej u chorych z bardzo rozległemi zmianami na skórze, lub też z powikłaniami w postaci zajęcia gruczołów chłonnych przez sprawę gruźliczą, ze zmianami w płucach lub też ze schorzeniem równoległem układu kostnego. U takich chorych występowała gorączka już na drugi dzień po zastrzyknięciu, a trwała niejednokrotnie znacznie dłużej, aniżeli normalnie.

Odczyn miejscowy w miejscu wstrzyknięcia bywał mniej lub więcej bolesny, jednakowoż tylko w niewielu przypadkach byliśmy zmuszeni do przeciwdziałania tej bolesności. Naogół chore nasze znosiły leczenie tranem dobrze, nie mieliśmy też dotąd żadnych poważniejszych powikłań.

O wpływie tego sposobu leczenia na cofanie się zmian toczniowych bez leczenia miejscowego, niewiele możemy powiedzieć gdyż silne i stałe przeciążenie oddziału choremi z gruźlicą skóry nie pozwalało nam rezygnować z równoczesnego leczenia miejscowego. Zauważyć bowiem musimy, że leczenie ogólne sposobem Jaczewskiego bez zabiegów miejscowych, wymagałoby kilkumiesięcznego pobytu chorych w szpitalu. Natomiast stwierdziliśmy niewątpliwie korzystny wpływ tej metody na stan chorych, rzadsze i późniejsze występowanie nawrotów, szybsze i łatwiejsze gojenie się ran pooperacyjnych. Nie wątpimy, że konsekwentne stosowanie zastrzyków (ambulatoryjnie lub u chorych pozostających pod opieką domową) może doprowadzić do wygojenia tocznia.

II.

Korzystny wpływ tranu na gojenie się gruźlicy rozmiękającej stwierdziliśmy w szeregu wypadków, stosując tran miejscowo jako okłady, obok leczenia ogólnego zastrzykiwaniami tranu z jodem. Z innych spraw gruźliczych szczególnie dobrze leczyło się chroniczne zapalenie stawów typu Poncet.

Oto krótki wyciąg z odnośnej historji choroby:

Chora Stefanja Z., lat 17. Rozp.: *Lupus vulgaris faciei. Arthritis chron. sicca tbc.* (Poncet) *Habitus phtisicus.*

17. IV. 1929. Chora skarży się na ból i obrzęk stawów międzyfalangowych palców obu rąk i ból w stawie biodrowym prawym. Stawy drobne obrzękłe, palce przykurczone.

18. IV. 1929. wstrzyknięto 5 cm³ mieszaniny tranu z jodem.

20. IV. 1929. Ciepłota ranna 38,5°, popoł. 39,4°, silne osłabienie.

25. V. 1929. Obrzęk palców znacznie się zmniejszył, jednak przykurcz palców, szczególnie 3 i 4. obu rąk utrzymuje się nadal. Biernie dają się wyprostować, jednak chora nie umie samoistnie to uczynić.

26. V. 1929. Chora odczuwa obecnie ból w stawach tylko podczas zmiany pogody, w dzień ciepły dolegliwości niema, jednak przykurcz palców utrzymuje się.

1. VI. 1929. wstrzyknięto ponownie 5 cm³ tranu z jodem.

10. VI. 1929. Stan przykurczu jest lepszy i obrzęk stawów jest znacznie mniejszy, utrzymuje się tylko w 3 i 4 palcu. Stawy same nieco zgrubiałe.

2. VII. 1929. odchodzi z poprawą do domu.

Jak wynika z przytoczonego pokrótce opisu, uzyskaliśmy metodą Jaczewskiego wynik leczniczy w przypadku omal, że beznadziejnym. Czy będzie on trwały, okaże dalsza obserwacja.

III.

Grupa druga naszej obserwacji obejmuje 6 przypadków tuberkulidów rozsianych oraz 5 przypadków zmian na kończynach dolnych, rozpoznanych jako *erythemata indurata* Bazin, a powikłanych częściowo przez tuberkulidy. Ocena wyników leczniczych osiągniętych w tych przypadkach metodą Jaczewskiego jest łatwiejszą z tego względu, że nie stosowaliśmy u chorych tych żadnego innego leczenia ogólnego, ani miejscowego. W przeważającej ilości przypadków stwierdziliśmy szybkie cofanie się zmian skórnych. Niektóre przypadki już po jednym zastrzyku tranu z jodem okazywały cofanie się wykwitów, inne wymagały dłuższego leczenia. Jedynie w jednym przypadku rozsianych tuberkulidów wynik nie był zadowalający, gdyż leczenie nie zapobiegało dostatecznie występowaniu nowych zmian w ciągu naszej obserwacji. W niektórych przypadkach *erythem. indur.* Bazin, opornych dotąd na wszelkie leczenie, wynik był wprost frapujący. Szybkie cofanie się nacieków na podudziach, gojenie się zmian owrzodziałych świadczy aż nadto dowodnie o wartości tej metody leczniczej.

Dla zobrazowania podajemy treściwie charakterystyczne przypadki.

Przyp. 1. Karolina W., lat 36. Zmiany na podudziach po stronie wyprostnej i zginaczy w postaci plam nieregularnych sinoczerwonych, i guzów rozlanych, płaskich, niebolesnych. Odczyn Pirquet'a: dodatni. Odczyn SRW: ujemny. Rozp.: *Erythema indur. Bazin.*

16. V. 1928. wstrzyknięto domięśniowo 5 cm³ tranu z jodem doustnie podano *aquae calcis* i tran.

31. V. 1928. ponowne zastrzyknięcie tranu z jodem.

Po 2 injekcjach zupełne cofnięcie się nacieków i guzów na podudziach z pozostawieniem przebarwionych blizenek. W ciągu dalszych 3 miesięcy brak nawrotu.

Przyp. 2. Katarzyna Ch., lat 26. Na prawem ramieniu i na kończynach dolnych rozsiane brunatne guzki. Na szczycie niektórych guzków zaznaczone mniej lub więcej rozmiękanie. Szereg brunatno przebarwionych, charakterystycznych blizenek.

Rozp. *Tuberculosis cutis papulo-necrotica.*

Leczenie: 20. X. 1928. injekcja 5 cm³ tranu z jodem.

Znaczna poprawa już po 1. zastrzyku. W ciągu 3-ch tygodni ustąpienie zmian skórnych.

IV.

W grupie trzeciej mamy pięć przypadków tocznia rumieniowego, a to jeden przypadek podostry *(lup. eryth. subacutus)*, cztery zaś przewlekłe. *(l. er. chron. discoides)*. Z pośród nader obfitego materjału tocznia rumieniowego, jaki w ostatnich latach przez oddział się przewinął, wybraliśmy te przypadki, w których udało nam się stwierdzić współistnienie gruźlicy w ustroju. Obok badania klinicznego i prób biologicznych kierowaliśmy się w doborze przypadków wspomnianą powyżej metodą Füllenbaumównej. Rozszerzając w ten sposób zakres chorób leczonych metodą Jaczewskiego, chcieliśmy niejako *ex iuvantibus* uzyskać potwierdzenie gruźliczej genezy tocznia rumieniowego w danych przypadkach. Nie udało nam się jednak w żadnym przypadku przewlekłego *lupus erythem.* uzyskać trwalszej poprawy. Natomiast w przypadku podostrym, dostawionym na oddział w stanie bardzo ciężkim, a przywróconym po 5-miesięcznem leczeniu do zdrowia bylibyśmy skłonni, do pewnego stopnia poprawę uzyskaną przypisać choć w części leczeniu tranem. Postępowaliśmy bardzo ostrożnie, a jednak już po 1. injekcji ½ cm³ (!) tranu z jodem wystąpiła u chorej reakcja ogólna i ogniskowa, trwająca przez 3 tygodnie, chwilami o bardzo niepokojącym i groźnym charakterze. Zwolna ciepłota się obniżała, a stan chorej zaczął się poprawiać. W okresie najgroźniejszym podawaliśmy chorej chininę, a później arszenik. Po 3-miesięcznej przerwie wróciliśmy do tranu, podając tym razem tylko 0,25 cm bez silniejszego odczynu: kolejno wstrzyknęliśmy w odstępach 2-tygodniowych 0,50 i 1 cm³ tranu z jodem, przy zupełnie dobrym stanie ogólnym.

Resumé:

1) Wstrzykiwanie tranu z jodem wedle metody Jaczewskiego oraz okłady z tranu w gruźlicy wrzodziejącej i zołzowatej, prowadzą do zupełnego wygojenia.

2) Również niezawodnem jest stosowanie tego leczenia przy tuberkulidach rozmaitego typu.

3) Stanowi ono wedle naszych doświadczeń cenny środek pomocniczy w leczeniu tocznia zwyczajnego.

4) Dodatni wpływ tranu z jodem na przebieg tocznia rumieniowego *(lupus erythematodes)* wymaga potwierdzenia.

SPRAWOZDANIE POGLĄDOWE.

Dr. Maksymiljan BLASSBERG. Kraków.

O djetetycznej metodzie leczniczej bezsolnej Dra Gersona.

Od połowy lipca 1929 prasa codzienna niemiecka zrobiła wiele hałasu z powodu wystąpienia chirurga monachijskiego prof. Sauerbrucha i jego ucznia Herrmannsdorfera na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 3 lipca 1929 r. W referacie swym przedstawił on doniesienie o pomyślnych wynikach leczenia najrozmaitszych objawów gruźlicy, przeprowadzonego od przeszło sześciu lat metodą djetetyczną Dra Maxa Gersona, lekarza praktykującego w Bielefeld w Westfalji. Wskutek wystąpienia Sauerbrucha w Berlińskiem Towarzystwie Lekarskiem prasa codzienna rozdmuchała tę sprawę djetetyki Gersona, która dopiero znajduje się w okresie badań i obserwacyj do rozmiarów sensacji, do czego przyczyniły się liczne artykuły w gazetach codziennych, wykłady przez radjo i t. p., a entuzjazm przedwcześnie i przesadnie propagowany i potęgowany leżał także na linji interesu firmy farmaceutycznej, mającej monopol wyrobu „mineralogenu" o którym będzie mowa. Sauerbruch starał się wprawdzie w dziennikach i pismach fachowych pohamować tę falę entuzjazmu, atoli mimoto doprowadziła ona do pewnego bezkrytycyzmu u lekarzy i pacjentów i do rozdźwięków oraz niesmacznych starć osobistych między lekarzami na łamach pism lekarskich niemieckich.

Wszelako korzystne działanie tej metody zaobserwowane w klinice Sauerbrucha, zainteresowały nią cały świat lekarski.

Metoda Gersona powstała z współdziałania przypadku i empirji. Podczas studjów po doktoracie na klinikach Alberta Fraenkla, Magnusa Lewyego, Boruttaua i Otfrieda Förstera zmuszony był i miał sposobność przeprowadzania bardzo licznych oznaczań chlorków w moczu przy najrozmaitszych schorzeniach. Zauważył on wówczas często nieregularność w wydzielaniu się chlorków w moczu, których normalnie wydziela się 10 — 25 g na dobę, oraz, że wstrzymaniu się wydzielania chlorków towarzyszy złe samopoczucie. Wówczas nabrał on przekonanie o ważnej roli chloruremji w patologji a między innemi o okresowem nagromadzaniu się chlorków we krwi. Ponieważ sam cierpiał na konstytucjonalną migrenę i stwierdził u siebie chloruremję w napadach, przeto zastosował u siebie bezsłoną djetę a napady migreny znikły. Zaczął on tedy leczyć djetą bezsłoną migrenę i stopniowo rozszerzył to leczenie na inne choroby nerwowe.

W r. 1924 ogłosił we „Fortschritte der Medizin" pracę p. t.: „Ueber die konstitutionelle Grundlage von nervösen Krankheitserscheinungen u. deren therapeutische Beeinflussung", w której doniósł, że w licznych chorobach, jak w migrenie, nerwicach naczynioruchowych, w astmie oskrzelowej, tic'ach, padaczce, nerwicach serca, *crises gastriques* i t. p. stwierdził przez miareczkowanie ługiem n/10 (dziesięcionormalnym) wyższą i silniejszą kwasotę aniżeli normalnie i przypuszcza że zachodzi tu nieznana nieprawidłowość pośredniej przemiany materji. Jako leczenie proponuje stałe podawanie mieszanki soli alkalicznych, którą wówczas nazwał *„pulvis cardinalis"* a której składu nie podał.

Idąc dalej w tym kierunku, zwrócił uwagę na fakt, że tkanki schorzałe gruźlicze i nowotworowe są bogate w chlorek sodu a ubogie w wapno i w sole alkaliczno-żelaziste, w fosforany, siarczany i krzemiany, zapoczątkował w pewnych schorzeniach nerwowych a później w raku i gruźlicy leczenie djetetyczno-mineralne, polegające na usuwaniu soli kuchennej i pokarmów słonych a podawaniu tych soli, których ilość jest w tkankach gruźliczych i rakowatych najbardziej ograniczona. Tę grupę soli nazwał on „mineralogen'em". Obejmował on przed wojną 4 sole, obecnie zaś około 15 składników. Ilościowy skład dokładny mineralogenu nie został ujawniony, lecz fabrykacja została oddana w monopol fabryce: Pharma, Max Löbinger et Co Berlin - Charlottenburg 4 Wilmersdorferstrasse 85, gdzie mieszanina soli jest fabrycznie wyrabiana pod nadzorem chemika według wskazówek Gersona. „Mineralogen" jest też do nabycia u firmy: „Brückner, Lampe et Co, Berlin, Schöneberg, Kolonnenstrasse 29". Według badań Herrmannsdorfera, Junga i Steina okazuje on odczyn słabo kwaśny i zawiera: *Alumen ustum, Calcium phosphoricum, Natrium silicicum, Magnesium sulfuricum, Natrium sulfuricum, Bismutum subnitricum, Calcium lacticum, Natrium bisulfuricum, Natrium bromatum* i białko jako środek łączący. Według ugrupowania jonowego zawiera on głównie:

Kationy: *Calcium, Magnesium, Strontium, Natrium; Bismutum.*

Aniony: Kwas fosforowy, Siarczany, Tiosiarczany, Kwas krzemowy, Węglany, Brom, Kwas salicylowy i mlekowy.

Główny nacisk kładzie Gerson na kationy. Odciągnięcie soli ustrojowi a równocześnie zalanie ustroju innymi minerałami jest swoistością tej metody. Pierwotne leczenie djetetyczne poza zupełnym zakazem soli obejmowało też zupełny zakaz mięsa a zalecanie jarzyn i owoców surowych lub mało gotowanych.

Uzyskawszy tą metodą dobre wyniki u chorych dotkniętych wilkiem i przy zewnętrznej gruźlicy z przetokami, przystąpił Gerson do leczenia gruźlicy tą metodą.

W tym okresie, znany chirurg monachijski prof. Sauerbruch zainteresował się tą metodą i posłał swoich 2-ch współpracowników prof. Schmidta i Dra Herrmannsdorfera do Bielefeld dla przestudjowania na miejscu tej metody, a otrzymawszy korzystne sprawozdanie, polecił swoim asystentom, głównie Herrmannsdorferowi zastosować ją na swojej klinice, co z początku urządzono przy pomocy samego Gersona. Na klinice bowiem Sauerbrucha już przedtem interesowano się wpływem djetetyki na leczenie chorób chirurgicznych. Mianowicie u dwóch chorych septycznych, którzy z własnego popędu zupełnie wstrzymali się od jedzenia, pod wpływem tego głodzenia sprawa chorobowa przybrała uderzająco korzystny przebieg. Ponieważ głodzenie prowadzi do kwasicy w ustroju i do przewagi kwasów nad zasadami w przemianie mineralnej ustroju, przeto zwrócono uwagę na stosunek kwasów do zasad i zadano sobie pytanie czy przez zmianę w tej gospodarce kwasowo - zasadowej zapomocą odpowiedniego odżywienia nie można wywrzeć wpływu na przebieg leczenia zakażonych ran. Tą kwestją ze zlecenia Sauerbrucha zajął się jego asystent Dr. Herrmannsdorfer, który w roku 1924-tym wykazał że przebieg leczniczy i poprawa zapaleń ostrych i przewlekłych, może być związaną ze sposobem odżywiania się i polega na pewnych prawidłowych zjawiskach przemiany materji. Badania jego, jak wspomniałem, obracały się w kierunku gospodarki kwasowo-zasadowej. Zestawił on dwie djety z których jedna wpływa na przemianę materji w kierunku kwasowym, druga alkalicznym. Stwierdził on, że djeta, w której jest przewaga kwasów nad alkaljami, względnie przekwaszająca, wpływa na rany w ten sposób, że zmniejsza wydzieliny, rany stają się suchszemi, ziarnina powstaje w przyspieszonem tempie i ożywia się, zawartość bakteryj wyraźnie się zmniejsza, wytwarzanie blizn ułatwia się. Djeta alkalizująca działa przeciwnie: ziarnina jest szklisto-napęczniała, wydzielina się zwiększa, staje się mazistą i cuchnącą, zawartość bakteryj się zwiększa. Przy tych sposobach żywienia szło nie tyle o ilość pokarmów i zawartych kaloryj, ile o rodzaj djety.

Właśnie w tę dziedzinę myśli wchodzi metoda Gersona odżywiania bezsolnego chorych gruźliczych, którą klinika Sauerbrucha i praktycznie wykonała. Atoli w djecie Gersona wprowadziła klinika Sauerbrucha pewne zmiany o których będzie jeszcze mowa. Wyniki były przekonywujące, ponieważ stwierdzono nie tylko przybytek wagi ciała lecz także przemianę tak korzystną w ogólnym stanie chorych, że poprawy i wyleczenia określa Herrmannsdorfer jako zadziwiające, prawie cudowne, występujące u ciężko chorych i uważanych za straconych. Nadto leczenie djetetyczne miałoby doniosłe znaczenie także i przez to, że obejmuje w dużej mierze ciężko chorych, którzy powinni być usuwani z otoczenia i leczeni w zakładach bez względu na okres i stopień schorzenia. Wydatki na djetę Gersona według Sauerbrucha przekraczają w Monachjum o 1 markę dziennie koszta djety chorych 3-ciej klasy a według Herrmannsdorfera wynoszą dzienne koszta djety dla jednego chorego 2,30 — 2,50 Mk niemieckich, licząc tylko koszta surowych produktów a nie wliczając kosztów przyrządzania.

Chorzy leczeni metodą Gersona w klinice Sauerbrucha w osobnym pawilonie Y, byli tam leczeni wyłącznie djetetycznie t. j. nie stosowano u nich wyciągów lub opatrunków ustalających, naświetlań, leków, maści i t. p. Chorzy z gruźlicą skóry i wilkiem nie byli leczeni przez opatrunki, nadżeranie, operacje, naświetlania, wogóle nie byli lokalnie leczeni. Także płucno-chorzy byli tylko poddani ogólnej pielęgnacji bez stosowania jakichś innych metod leczniczych. Nadto wykluczono z leczenia lekko chorych oraz takich pacjentów u których widoki na wyleczenie były same przez się korzystne.

Poraz pierwszy ogłosili wspólnie korzystne wyniki, osiągnięte metodą djetetyczną u ciężko chorych gruźliczych w styczniu w r. 1926 w Nrze 2-gim i 3-cim Münch. med. Woch. — Sauerbruch, Herrmannsdorfer i Gerson.

Wówczas były wyniki następujące:

1) *Gruźlica skóry i wilk 8 przypadków:*

Znaczna poprawa 6 przypadków.
Poprawa 1 przypadek.
Za krótki czas obserwacji 1 przypadek.

2) *Gruźlica kości i części miękkich 20 przypadków:*
Bardzo znaczna poprawa 3 przypadki.
Poprawa 7 przypadków.
Za krótki czas obserwacji 8 przypadków.
Brak poprawy 3 przypadki.

3) *Gruźlica płuc 43 przypadków:*
Znaczna poprawa 6 przypadków.
Poprawa 16 przypadków.
Brak poprawy 15 przypadków.
Śmierć (za krótka obserwacja) 1 przypadek.

Co do przebiegu leczenia to odpadanie strupów i powstanie blizn wymaga 3—4 miesięcy a w przypadkach ciężkich i starych 6—12 miesięcy.

Wyniki późniejsze ogłoszone przez Sauerbrucha i Herrmannsdorfera w r. 1928 obejmują:
116 gruźlicy płuc
45 gruźlicy kości i części miękich
23 wilka z gruźlicą skóry.

Autorowie uważają dla osiągnięcia wyniku conajmniej 3-miesięczne leczenie lub dłuższe za korzystne. Aczkolwiek widzieli dobre rezultaty u chorych, którzy pozostawali krócej niż 2 miesiące w ich leczeniu, takie jak: zamykanie się małych przetok, wysychanie i zabliźnianie wrzodów, utrzymywanie się wydzieliny z ognisk kostnych, zmniejszanie się ilości plwociny, często znakomite poprawianie się stanu podmiotowego i wagi ciała np. u 1 chorego przybytek 28 funtów w 52 dniach.

Pojęcia „wyleczony“ autorowie nie używają, ponieważ przy gruźlicy nawet po zupełnej klinicznej poprawie mogą się pojawić nawroty, ponieważ nadto nie można na żywym z pewnością rozstrzygnąć czy sprawa wyleczona ukończona jest bez reszty anatomicznie i odpornościowo-biologicznie. Nie jest to wprawdzie ogólnie przyjęte ocenianie i naogół praktycznie utrata objawów i odzyskanie zdolności do pracy przyjmowane jest jako wyleczenie. Auterowie przy gruźlicy chirurgicznej i skórnej stwierdzili na 68 chorych:
Bardzo znaczna poprawa u 33 chorych.
Poprawa u 15 chorych.
Za krótka obserwacja u 12 chorych.
Brak poprawy u 7 chorych.

Lecznicze działanie djety najbardziej wpada w oko w gruźlicy zewnętrznej, zwłaszcza przy wilku. Najszybciej zmienia się obraz w postaciach wrzodziejących i sączących.

Najbardziej zdumiewające były wyniki w gruźlicy kości i stawów, które były związane z ogniskami szeroko na zewnątrz przebitemi lub otwartemi, o mieszanej infekcji, z zapadem, gorączkami septycznemi, z białkomoczem i obfitym ropnem wydzielaniem. O tych piszą autorowie że niejednego z tych straconych leczenie djetetyczne uratowało.

W tej grupie na 37 chorych:
Zdolność do pracy 8
Znaczna poprawa 10
Poprawa, lecz jeszcze potrzeba leczenia 6
Za krótka obserwacja 8
Brak poprawy 4
Zmarł 1.

Mniej może być zobrazowanym korzystny wynik w gruźlicy płucnej, ponieważ wynik pośredniego badania może być złudnym, ponieważ przy bliznowatem zaciąganiu się tkanki płucnej rzężenia i trzeszczenia pozostają a rzężenia bywają słyszalne nawet po klinicznem wyleczeniu. Przy badaniu rentgenologicznem zarówno ognisko czynne jak blizna okazują plamę cienia, której nie zawsze można dokładnie ocenić, zwłaszcza jeśli warunki zdejmowania a mianowicie twardość i oddalenie rury nie były jednakie.

Ilość chorych płucnych 116.
Wszyscy w plwocinie prątkowali.

Prawie u wszystkich była sprawa wysiękowa lub włóknisto-wysiękowa z rozpadem i jamami.

Bardzo znaczna poprawa (po części ponowna zdolność do pracy) 35
Poprawa — potrzeba dalszego leczenia 20
Za krótka obserwacja 43
Brak poprawy 11
Śmierć 7.

W przypadkach leczonych djetetycznie bujanie włókniste, bliznowacenie i zaciąganie występowało bardzo szybko i silnie. Małe jamy do wielkości orzecha włoskiego znikały zupełnie co stwierdzano zarówno fizykalnie jak rentgenologicznie.

Przy schorzeniu obu płuc, z jamą po jednej stronie, w 13 przypadkach przez leczenie djetetyczne stan na tyle się poprawił, że można było przedsięwziąć zabieg operacyjny, bo płuco mniej schorzałe uspokoiło się i wypełniało swe zadanie mimo operacyjnego zacieśnienia drugiego płuca. Więc mimo tego, że zabiegi poprzednio nie dawały się uskutecznić po tej djecie zdołano:
5 razy założyć odmę piersiową,
3 razy uskutecznić wycięcie n. przeponowego *(Phrenicusexhairese)*,
1 raz założenie plomby,
3 razy torakoplastykę,
1 raz robiono próbę zamknięcia przetoki płucnej po operacyjnem otwarciu jamy płucnej.

Także u chorych z równoczesnem zajęciem płuc i innych narządów wielokrotnie obserwowano widoczną poprawę.

Szczególną zwrócono uwagę na znaczny przybytek wagi ciała. Albowiem u ciężko chorych zazwyczaj przybytku wagi ciała nie obserwuje się, a tu obserwowano u nich i to znaczny przybytek, mimo, że pożywienie pod względem ilości kaloryj znacznie niżej stało aniżeli pożywienie w lecznicach i sanatorjach. A zatem przybytek wagi pozostawał w związku specjalnie z rodzajem djety.

Na 184 chorych:
Straciło na wadze 11-tu.
Nie przybrało na wadze 27-miu, z których 19-tu było krócej w leczeniu niż 8 dni i było tylko 1 raz ważonych.
Przybytek 1—10 funtów u 51 chorych
Przybytek 11—20 funtów u 43 chorych
Przybytek 21—30 funtów u 24 chorych
Przybytek 31—40 funtów u 14 chorych
Przybytek 41—50 funtów u 9 chorych
Przybytek 51—60 funtów u 1 chorego
Przybytek 63 funtów u 1 chorego
Przybytek 77 funtów u 1 chorego.

Chorzy z przybytkiem obracającym się w granicach między 51—77 funtów chorowali na najcięższą gruźlicę chirurgiczną (zapalenie gruźlicze kręgosłupa z licznymi zimnymi ropniami o mieszanem zakażeniu, gruźlicę otrzewnej z równoczesnem zapaleniem stawu biodrowego i ropniami części miękich, gruźlicę stopy, albo równoczesną obustronną gruźlicę płuc i t. p.). Wszyscy byli przy początku leczenia bardzo wynędzniali, po części uważani poprzednio jako beznadziejni.

Atoli także chorzy u których nie występował przybytek wagi ciała zdrowieli zupełnie klinicznie i jeszcze przy kontrolnem badaniu stwierdzono po roku, że są wyleczeni. Przy tej sposobności Sauerbruch i Herrmannsdorfer podkreślają, że nie zachodzi bezpośredni związek między przybytkiem wagi a poprawą w każdym przypadku, niekiedy bowiem cierpienie nie poprawia się mimo znacznego przybytku wagi ciała i na odwrót mimo widocznego i poprawiania się choroby brak przybytku wagi ciała. Podkreślają oni wciąż, że miarodajnym jest rodzaj pożywienia a nie ilość.

Przy wykluczeniu przypadków leczonych krócej niż przez 2 miesiące, na 129 chorych stwierdzono:
Znaczną poprawę u 68.
Poprawę u 55.
Brak poprawy u 18.
Śmierć u 8.

U 18 chorych po roku przeprowadzono kontrolne badanie i stwierdzono utrzymanie się poprawy. Tylko u 2-ch z wilkiem stwierdzono poszczególne guzki, a u 2-ch z pośród 11-tu dotkniętych gruźlicą płucną stwierdzono nieznaczne pogorszenie. Także poprawę stwierdzano mimo powrotu do zwyczajnego pożywienia.

W r. 1929 w Nrze 1 i 2 Münchener med. Wochen. omawiają leczenie gruźlicy płuc Baer, Herrmannsdorfer i Kausch, na podstawie 3½-letniej obserwacji i ciągłych badań oraz doświadczenia na przeszło 100 chorych płucnych w pawilonie Y na Klinice Sauerbrucha. Nie ma tam całkowitego przeglądu z doświadczeń djetetycznych, lecz omawianych jest kilkanaście poszczególnych typowych postaci gruźlicy płucnej jako wyrażających pewne grupy. Dochodzą do wniosku, że pod wpływem djetetycznym przekształcają się sprawy wysiękowe w bujająco-włókniste. Temu towarzyszy wysychanie, utrata gorączki, zmniejszenie wydzieliny, znikanie prątków. Niedożywione osobniki poprawiają się na wadze mimo, że nie stosowano przekarmienia. Także bodziec klimatyczny tu nie działał. Wszelako po 6—14 miesięcznem leczeniu uzyskano tylko poprawę a jak krytycznie zaznacza później Klemperer żadna poprawa w tych przypadkach nie odznacza się ani nadzwyczajną szybkością ani rozmiarami.

Przy djecie stosowanej w Klinice Sauerbrucha u średnio-ciężkich chorych zupełnie zakazane: palenie, alkohol, sól kuchenna i jej namiastki, wędzone i przyprawione mięso, kiełbasy, szynki, słonina, wędzone i solone ryby, ocet, przyprawa maggi do zup, kostki bulionowe, ostre sery, konserwy, ostre przyprawy i t. p. Mięso znacznie zostaje ograniczone, a potrzeba białka pokrytą zostaje przez mleko i jaja. Natomiast jako konieczne w djecie uznano: 1 — 2 surowe jaja, kilka cytryn (stopniowo od 2 — 6), wszelkiego rodzaju owoce, sałaty, pomidory, surowe korzenie, soki wyciśnięte z surowych jarzyn (½ — 1½ litra jako dodatek do zup i innych potraw), kompoty, ½ litry surowego mleka, także yoghurt, kefir, mleko tłuste, masło bez soli, twaróg bez soli w ilości 50 — 75 g. W południe i wieczór świeże nieparzone jarzyny. Kartofle (120 g). Mniej pokarmów mącznych i jajowych. Mało chleba bez soli. Mało surowego cukru. Trochę świeżej ryby.

Jak powyżej wspomniałem klinika Sauerbrucha wprowadziła w djetę Gersona pewne zmiany a mianowicie okazuje mniejszą powściągliwość w podawaniu świeżego mięsa, ryb i trzewiów jak grasicy, móżdżku, płuc i wątroby, podaje dużo tłuszczu a natomiast ogranicza pokarmy węglowodanowe a mianowicie mączne, pieczywo i słodycze. A zatem ta djeta nie jest wegetarjańską ani jednostronną, lecz mieszaną. Przytem położono wielki nacisk na spożywanie surowych składników roślinnych i zwierzęcych, jak surowe owoce i jarzyna, surowe jaja, surowe mleko i skrobane mięso. Chodzi tu w znacznym stopniu o zachowanie witamin odgrywające rolę przy zwalczaniu gruźlicy a które przez gotowanie, pieczenie i inne sposoby przyrządzania zostają zniszczone. Stąd tendencja podawania obficie surowego jedzenia (Rothkost) i możliwego skracania czasu smażenia, gotowania i pieczenia. Gotowe potrawy podaje się do jedzenia o ile możności do natychmiastowego spożywania — dla uniknięcia podgrzewania.

Naogół djetę Gersona-Sauerbrucha charakteryzuje: obfita ilość białka i tłuszczu a względnie mała węglowodanów albowiem pro die 90 g białka, 160 g tłuszczu i 220 g węglowodanów — około 3000 kaloryj — dalej możliwie zupełne usunięcie soli kuchennej, obfite dostarczanie potasu (w jarzynach, sałatach i owocach) oraz wapnia i magnu zawartego w „mineralogenie", w końcu wysoka zawartość witamin, osiągana częścią przez podawanie pokarmów surowych, częścią przez możliwe ograniczenie czasu pieczenia, smażenia i gotowania potraw.

W przybliżeniu wygląda djeta ta następująco:

7 rano: papka, ⅓ litra mleka, płatki owsiane, albo ryż, grysik, kukurydzianka lub tapioka, ½ jaja, łyżeczka kawowa masła, cukier lodowaty, cytryna, cynamon lub wanilja.

9 rano: Tran, słaba kawa, przeważnie słodowa, wiele mleka, chleb i masło, miód lub marmolada, mineralogen.

10 rano: surowe owoce, surowa jarzyna, surowe żółtka z sokiem cytrynowym.

12½ popol.: Zupa, 1 danie, owoce, mineralogen.

4 popol.: Mleko, kakao lub nieco kawy, ciasto, keksy, sucharki, chleb z masłem, miodem lub marmeladą.

6½ wieczór: 1 danie, owoce, mineralogen.

9 wieczór: papka (jak rano), kwaśne mleko, tran.

Ścisłe przeprowadzenie tej djety jest trudne i niemożliwe bez izolacji chorych, bez przeprowadzania kontroli odwiedzających i zapobiegania przemycaniu zakazanych potraw lub soli kuchennej.

Prócz djety podaje się „mineralogen", 3 razy dziennie t. j. o 9 rano, o 12½ w południe i o 6½ wieczór, po jedzeniu, pełną łyżkę stołową, zamieszawszy go dokładnie we wodzie drewnianą łyżką a nadto 45 gramów dziennie fosforu z tranem *(Phosphori 0,025 olei jecor. aselli 300)* 2 razy dziennie t. j. o godz. 7 rano i 8 wieczór po 1½ łyżki stołowej w dobrze ochłodzonej temperaturze.

Z kliniki monachijskiej prof. Sauerbrucha wyszła w Lipsku w r. 1929 praca wspólna Dra Herrmannsdorfera i jego żony, p. t.: „Praktische Anleitung zur kochsalzfreien Ernährung Tuberkulöser", zawierająca wskazówki kucharskie i wytyczne dla praktycznego przeprowadzenia tej djety i uniknięcia błędów, wielokrotnie popełnianych. Praca ta poza ogólnemi uwagami i rozpatrzeniem podstaw tej djety, zawiera spis i omówienie zakazanych i dozwolonych środów spożywczych, podział dzienny potraw i zestawienie tygodniowe jadłospisu na cały rok. Nadto Herrmannsdorfer w „Med. Klinik" 1929 Nr. 32 podaje zestawienie potraw zakazanych, dozwolonych w ograniczonym stopniu oraz dozwolonych potraw i przypraw.

Klinika Sauerbrucha nie przyjęła, jak wspomniałem, bezkrytycznie metody Gersona. Owszem nie zgodzono się na wyobrażenia Gersona, i jak wyżej wspomniałem, stwierdzono, że „mineralogen" nie jest mieszaniną alkaljów, lecz, oddziałuje słabo kwaśno, i twierdzono że djeta Gersona nie działa alkalizująco, gdyż zawiera prócz zasadowych roślin także wiele składników zakwaszających. Także tran zalecany przez Gersona nie działa alkalizująco. Wskutek tego na klinice Sauerbrucha zmieniono djetę Gersona a w szczególności nie usunięto zupełnie mięsa lecz ograniczono ilość jego do 600 g tygodniowo.

Między naukowem stanowiskiem kliniki Sauerbrucha a Gersonem zachodzi zasadnicza różnica. Przedewszystkiem Gerson broni się przeciw temu jakoby jego leczenie djetetyczne było leczeniem swoistem przeciw gruźlicy. Uważa on je za ogólne leczenie konstytucyjne, które nie ma się ograniczać wyłącznie do leczenia gruźlicy. To samo leczenie djetetyczne jako podstawowe, które w poszczególnych przypadkach musi być dostosowane indywidualnie, stosuje on w migrenie, wilku, gruźlicy kostnej, w infantyliźmie Heubnera, w postaciach matolectwa, w astmie i innych stanach kurczowych, w schorzeniach przemiany materji, w zniekształcających zapaleniach stawów, u luetyków przy napadach żołądkowych i bólach przeszywających, przy schorzeniach wątroby i przewodu pokarmowego, przy otyłości, w okresie przejściowym, w chorobach nerwowych i umysłowych. Wyobraża on sobie, że ta djeta zmienia konstytucję, zmienia reakcje schorzałego organizmu tak, że ilości hormonów które przedtem nie działały lub ledwie że działały, stają się czynnemi i skutecznemi. Zauważył on że luetycy, po zastosowaniu djety reagowali na znacznie mniejsze dawki swoistych leków, oraz że wogóle u leczonych djetetycznie także inne leki jak jod, naparstnica i arsen działać zaczęły w znacznie mniejszych dawkach. Dalej stwierdził on, że także działanie czynników fizycznych jak słońca górskiego, lampy kwarcowej, promieni Roentgena po djetetycznem leczeniu potęgowało się 10-ciokrotnie. Według Gersona zatem we wszystkich reakcjach zarówno hormonalnych jak chemicznych i fizykalnych djeta z dodatkiem mineralogenu uczula ciało. W ten sposób według niego tłumaczy się dlaczego niektóre osobniki wrażliwe są z natury na jeden lub drugi lek, dlaczego niektóre ludy orjentalne odżywiające się w sposób wegetarjański są nadwrażliwe na leki. Swojem leczeniem djetetycznem wywołuje Gerson odnowę zagubionej wrażliwości i siły ochronnej ustroju. Każdy chory ustrój jest według niego zatruty, względnie uszkodzony w ten sposób, że nie ma siły szybkiego wydzielania drażniących i chorobotwórczych substancyj, zwłaszcza w chorobach przewlekłych, nie jeden narząd jest chory lecz wszystkie komórki, tkanki, płyny, przemiana mineralna, układ nerwowy trzewny i gruczoły dokrewne. Leczenie musi zatem przynieść pomoc wszystkim komórkom. Jako czynnik leczniczy wchodzi tu w grę 1) jako przedewszystkiem najsilniejszy odciągnięcie soli. Przez to następuje dehitratyzacja t. j. odwodnienie, odciągnięcie chlorków chorym komórkom. Ograniczenie soli jest tego rodzaju, że wydzielana z moczem ilość chlorków nie przekracza przeciętnej ilości 2,7 g na dobę, podczas gdy w prawidłowych stosunkach zdrowy człowiek wydziela w ciągu doby 10 — 15 — 25 g chlorku sodowego.

Że podatność do zakażenia pozostaje w związku z zawartością wody w tkankach o tem już i dawniej wiedziano. Np. chirurgowie zwalczali stany ropienia i zapalenia przyranne przez suche traktowanie. Także pedjatrzy np. Czerny i Finkelstein u limfatycznych dzieci świadomie zwalczali wodnistość tkanek i przez djetę ubogą w sól kuchenną wysuszali i usuwali sączące wypryski i ropienia na skórze i błonach śluzowych. Że przy procesie leczniczym, wywoływanym djetą Gersona-Sauerbrucha właśnie odciągnięcie soli odgrywa ważną rolę o tem przekonał się doświadczalnie Herrmannsdorfer. Podawał on niektórym chorym bez ich świadomości sól kuchenną w postaci tabletek mentolowych, a wskutek tego wystąpiło zwiększenie się wydzieliny z wrzodów, spotęgowały się na nowo objawy zapalne i w sposób bardzo widoczny leczenie się opaźniało. Jesionek przypisuje leczniczy wpływ tej djety wyłącznie jej ubóstwu w chlorek sodowy, ponieważ według niego chlorek sodowy względnie jony sodowe i chlorowe zaburzają w skórze chemizm komórek miąższowych skóry i wywierają wpływ osłabiający na te komórki w ich czynności, która według Jesionka polega na tem, że wytwarzają one produkty przemiany materji mające własność tuberkulolityczną i które ze skóry oddawane są do wnętrza ciała.

W djecie Gersona odwadnianie uskutecznia się przez usuwanie sodu t. j. chlorku sodowego i równoczesne wzmożenie ilości potasu przez podawanie jarzyn, sałaty i owoców. Djeta ta prócz odwadniania drogą doboru pokarmów równocześnie przez dodatek i doprowadzenie innych soli w „mineralogenie" wywołuje zmianę kierunku przemiany mineralnej t. j. „transmineralizację" ustroju. Stosunki te są bardzo zawikłane, trudne do wglądu i bardzo mało znane. Zdaje się być jednak pewnem, że jony sodowe zarówno w połączeniu z chlorem jako chlorek sodowy jak również jako węglany przyciągają wodę, podczas gdy potas działa odwadniająco. Jonom wapniowym i magnezowym przypisuje się działanie mo-

czopędne, wysuszające, przeciwzapalne i zakwaszające. Wszystkie te działania jonów są od siebie zależne i wpływają na siebie nawzajem. 2) Djeta, ta według Gersona pobudza wydzielanie żółci oraz sekrecję wszystkich gruczołów jelitowych. Odpływ żółci wydala według niego jady przemiany materji i infekcyjne, a potęguje ten odpływ zdaniem Gersona podawanie fosforu z tranem.

3) Djeta ta wywołuje zasypanie organizmu witaminami. W tym celu nie wystarcza według Gersona trochę owoców i 1 pomidor, lecz potrzeba całej surowiznowej djety powyżej przytoczonej, zwłaszcza wiele soków owocowych i jarzynowych, w najrozmaitszych odmianach do $1^1/_2$ litra dziennie, ponieważ przeważnej ilości witamin nie znamy. Witaminy te najrozmaitszego rodzaju i pochodzenia oddziałują według Gersona na wszystkie komórki, zwłaszcza na gruczoły dokrewne i wyzwalają ich funkcję poprzednio zahamowaną. Stopniowo ożywiają się wszystkie funkcje komórek, nabierają siły do regeneracji i obrony — obojętnie czy chodzi o zniszczenie prątków gruźliczych czy krętków kiłowych, lub o wydzielanie innych wytworzonych i nagromadzonych jadów. Bardzo wyraźnie ujawnia się poprawa różnych zaburzeń jak upławów, wypadania włosów i t. p. To działanie witaminów ma jednak swą kliniczną granicę gdyż po kilku tygodniach występuje po przesyceniu organizmu pewien rodzaj spoczynkowego ustania procesów leczniczych, a po pauzie na nowo ustępuje.

Gerson wyciąga wniosek, że swoiste leczenie gruźlicy staje się zbytecznem, gdyż na jego miejsce wstępuje w szranki ogólne odtruwanie i odżywianie całego schorzałego organizmu. Natomiast co do skuteczności metody to według zapatrywań tych którzy djetę stosowali specjalnie przeciw gruźlicy, sprawa przedstawia się następująco: Wilk jest nawet w najcięższych przypadkach wyleczalny a wyleczenie następuje w ciągu 6 — 9 miesiecy. Gruźlica kości, próchnienia i przetoki są nawet w ciężkich przypadkach wyleczalne o ile niema zwyrodnienia skrobiowatego. Leczenie może trwać dłużej jak rok. W gruźlicy nerek, także obustronnej, oczu, języka i t. p. można uzyskać poprawę aż do zdolności do pracy. Djeta musi być szereg lat a nawet przez całe życie zachowaną. W gruźlicy krtani wyniki są niepomyślne o ile sprawa chorobowa wywołuje zaburzenia w odżywianiu. W gruźlicy żołądka, kiszek i otrzewnej wyniki bywają szybkie i dobre, chyba że zbliznowacenia po wyleczeniu wywołują przeszkody w czynności jelit. W gruźlicy płuc można w sensie praktycznym uzyskać wyleczenia.

W związku z metodą Gersona zapoczątkowali P. Müller i Quincke badania zwłok, zmarłych na gruźlicę i stwierdzili w mięśniach zawartość chlorków o 100 — 200 procent wyższą od ilości zawartej w zwłokach prawidłowych. Również stwierdzili oni zwiększenie zawartości wody w muskulaturze, atoli nie w tymsamym stopniu.

Metoda ta znalazła zwolenników i popleczników. I tak Prof. Lexer wprowadził ją w Monachjum do swojej kliniki chirurgicznej. Klinika chirurgiczna w Charité w Berlinie urządziła specjalny oddział pod kierunkiem Dra Herrmannsdorfera, który wygłosił w r. 1929 wykład na ten temat na posiedzeniu chirurgów Środkowych Niemiec (Mitteldeutsche Chirurgentagung) z obrazem na dotychczas osiągnięte wyniki, z licznymi obrazami i krzywemi. Wielkim i bezwzględnym zwolennikiem tej metody djetetycznej jest prof. Jesionek w Giessen, znany specjalista w dziedzinie leczenia wilka. W r. 1928 i 1929 z Zakładu Jesionka dla leczenia wilka ogłosił Dr. Bommer pracę o 150 przypadkach wilka. Stwierdza on, że tą djetą daje się uzyskać absolutne wyleczenie i piękny efekt kosmetyczny.

Proces leczenia wilka przebiegał stale taksamo a tylko czas trwania bywał różny u różnych chorych. Przeciętnie po 14 dniach występowało ostre, jasne zaczerwienienie, trwające 2 tygodnie. Potem występowało łuszczenie trwające 3 tygodnie, a skóra otoczenia bladła. W następnych 3 — 4 tygodniach wrzody wysychały pokrywając się strupkami a w dalszych 3 tygodniach wytwarzała się zaczerwieniona delikatna blizna. W 8 — 10 tygodni od początku leczenia znikały pojedyncze guzki wilka. Znikanie guzków następowało etapami z pauzami 4 — 5 tygodniowymi. Bommer przytacza interesujące zdarzenie z kliniki Jesionka. Zauważono, że 5-ciu chorych potajemnie przemycało i brało sobie jedzenie niedjetetyczne lub sól. Tym chorym zostawiono wolność wyłączenia się i wyeliminowano z leczenia djetetycznego, wszelako później chorzy ci widząc znakomite wyniki leczenia sami prosili o kontynuowane djety.

Również Clairmont (Zürich) i Schüller (Klinika w Bonn) ogłosili korzystne wyniki lecznicze w gruźlicy chirurgicznej, przyczem materjał Schüllera obejmuje stokilkadziesiąt ciężkich przypadków gruźlicy kostnej i skórnej.

Atoli metoda ta napotyka także na głosy krytyczne i opozycyjne, odmawiające jej wartości, przyczem zwolennicy metody Gersona zarzucają im, że polegają na zbyt krótkich i niewystarczających doświadczeniach i że opinje te polegają przeważnie na rozważaniach teoretycznych. Praktyczne przeprowadzenie bowiem tej metody, zdaniem jej zwolenników, wymaga umiejętności, ćwiczenia i zapału .Chorych musi się przyzwyczajać do nowej djety i zwalczać wstręt do niej. Do przyzwyczajenia się do djety potrzeba około dwóch tygodni.

Klemperer stosował leczenie Gersona u 15-tu chorych przez 6 tygodni bez skutku, a zdaniem jego djeta Gersona-Sauerbrucha ma przy leczeniu gruźlicy skóry i wilka nadzwyczajną wartość, mniejsze już znaczenie w gruźlicy chirurgicznej a nie ma znaczenia w gruźlicy płuc. Straub i Heinelt (Greifswald) Westphal (Frankfurth n. M.) Pfeffel (Düsseldorf) i Kretz (Wiedeń) stwierdzają, że djeta Gersona o ile jest dobrze znoszoną wywołuje często przybytek na wadze lecz nie zauważyli nigdy żadnych zmian w przebiegu gruźlicy ani gorączki a Kretz i Heinelt twierdzą, że przybytek wagi ciała może wywrzeć dodatni wpływ psychiczny i poprawę ogólnego samopoczucia. Kretz też zwraca uwagę, że o ile pierwotną djetę można było uważać za kwaśną, to jednak przez wprowadzenie wielu świeżych owoców, jak również kartofel i mleka stosunki te zmieniono, a zakwaszające działanie polega więcej na odciąganiu soli.

Vulpius i Bettman (Lipsk) nie potwierdzają opinji kliniki chirurgicznej monachijskiej w sprawie leczniczego znaczena djety w leczeniu gruźlicy gruczołów, stawów, kości, części miękich i narządu moczopłciowego. Co się tyczy gruźlicy płucnej to następujący autorowie albo nie widzieli skutków leczenia djetetycznego albo nie widzieli nadzwyczajnych, wyróżniających się efektów: Wigand, Schlesinger, Gmelin, Pfeffer i Stern, Apitz, Schmit, Müller (Hamburg). Liesenfeld stosował ją u 40-tu chorych przez $1^1/_2$ roku i doszedł do przekonania, że metodę tę należy zarzucić i że wydatki, praca i przykrości nie opłacają się.

Bardzo silnym przeciwnikiem tej metody jest Gettkant, lekarz naczelny opieki przeciwgruźliczej (Tuberkulose-Fürsorgestelle) w Schöneberg, który przez dziesięć miesięcy próbował ją w sanatorjum Schöneberg, „zupełnie bez działania leczniczego" na proces chorobowy, stwierdzając jedynie przybytek wagi ciała, natomiast brak poprawy objawów fizykalnych i rentgenologicznych, nieznikanie prątków z plwociny, brak zmiany w obrazie krwi i w szybkości opadania krwinek, brak powrotu do zdolności do pracy. Dr. Schwalm (Berlin) w 20 przypadkach nie uzyskał żadnych korzystnych wyników.

Także „mineralogen" Gersona nie znalazł pełnej aprobaty u wszystkich. Pomijam już otaczanie tajemnicą dokładnego jego składu, które tak jaskrawo odbija np. od Ehrlichowskiego postępowania, który swój arsenobenzol dokładnie jako preparat 606 wyjaśnił, zanim go oddał fabryce jako „salwarsan" do produkowania. Wspomniałem, że Klinika Sauerbrucha nie uważa go za mieszaninę alkaljów gdyż oddziałuje kwaśno. Liesenfeld doniósł, że w najrozmaitszych paczkach świeżych oryginalnych mineralogenu stwierdził zmienny stopień kwasoty i odmienny smak.

Francuzi (Mouzon) podkreślają że pierwszy Robin zwrócił w r .1895 uwagę na proces demineralizacji, zwłaszcza dekalcyfikacji zachodzący w gruźlicy i dał podstawę do rozpowszechnionego dziś leczenia gruźlicy wapnem, związanego z przypuszczeniem, że niektóre toksyny gruźlicze zostają zniszczone przez sole wapniowe i że ustrój dla zneutralizowania i zamurowania ogniska bakteryjnego posługuje się swoimi rezerwami wapnia. Według Robina dekalcyfikacja znacznego stopnia jest wyrazem niezdolności komórek do zużytkowania soli mineralnych, zależnej prawdopodobnie od zaburzeń w wydzielaniu gruczołów dokrewnych. Co do „mineralogenu" nie można sobie urobić według Mouzona zdania, które elementy są w nim czynne, albowiem niektóre jego składniki są w wodzie wprost nierozpuszczalne a inne w mieszaninie w styczności z wodą dają straty. Nie wiadomo zatem co z tej mieszaniny po zadziałaiu soku żołądkowego zostaje wessane. Badania pH, amoniaku moczowego i rezerwy alkalicznej nie wykazują żadnej charakterystycznej modyfikacji a w szczególności nie da się stwierdzić ani zakwaszanie, do którego dąży Herrmannsdorfer ani alkalizacia której się spodziewa Gerson. We Francji, mówi Mouzon, od czasu prac Robina i Ferriera próbowano „remineralizować" gruźliczych: nie wiadomo czy Niemcy, którzy mówią obecnie o „transmineralizacji" będą mieli więcej szczęścia. Także Kretz nie przypisuje wielkiego znaczenia „mineralogenowi". Również Jesionek, którego poglądy poprzednio przytoczyłem, nie jest zwolennikiem mineralogenu na podstawie nastepujących doświadczeń: 1) Podawał on mineralogen przez 4 do 5 miesięcy przy zwykłej djecie i nie uzyskał żadnych wyników leczniczych. 2) Podawał djetę bezsłoną bez dodatku mineralogenu

i uzyskał taki sam pozytywny rezultat leczniczy jak przy równoczesnem dodawaniu mineralogenu. 3) U pewnej liczby chorych trzymanych na djecie, którzy dostawali przez dłuższy czas mineralogen, musiano przerwać podawanie mineralogenu, ponieważ firma dostarczająca go dotąd, nie dostarczyła go. Pomimo to, proces leczniczy u tych chorych przebiegał taksamo jak w czasie podawania mineralogenu.

Jak z powyższego przedstawienia rzeczy wynika, t. zw. djeta Gersonowska daje dodatnie wyniki lecznicze, lecz metoda ta znajduje się dopiero w okresie badań i doświadczeń. Nie stwierdzonem jest na pewno w jakim stopniu i zakresie i na które narządy rozciąga ona skuteczne działanie. Nie wiadomo na pewno jakiemi drogami i zmianami wpływa ona na proces leczniczy. Problem leczenia gruźlicy przez tę metodę nie został rozwiązany, bo aczkolwiek celowe odżywianie jest bardzo ważnym czynnikiem leczniczym w gruźlicy, to jednak nie może być ono uważane za jedyny środek wszechleczniczy w tem cierpieniu, gdyż obraz i przebieg gruźlicy jest zmienny i zależny od powikłanych warunków biologicznych, chemicznych, morfologicznych, mechanicznych i socjalnych. Natomiast doniosłe znaczenie posiada mojem zdaniem metoda Gersona przez ogólno biologiczne ujęcie problemu leczniczego. Wprawdzie bowiem od dawna wiadomą jest rzeczą, że na proces chorobowy składają się z jednej strony bodźce zewnętrzne, względnie czynniki zakaźne a z drugiej strony odczyn ustroju. Atoli zachowanie się ustroju i wahania w nim oraz wpływ tego właśnie czynnika na powstawanie i przebieg choroby zbyt mało jest znany i uwzględniany.

Dotychczas medycyna pod wpływem morfologicznego nastawienia myślowego w anatomji patologicznej a przyczynowego ujmowania chorób w bakterjologji, zaniedbywała znaczenie ogólnych odziaływań, jak właśnie odżywiania, zwłaszcza w chorobach zapalnych i tego stanu, który objęty jest nazwą „dyspozycji chorobowej". Dowód, że zmiana w sposobie odżywiania może gruntownie wpłynąć na sposób oddziaływania organizmu w chorobie musi wpłynąć na dalszy rozwój terapji. Dlatego metoda Gersona może stać się bodźcem i punktem wyjścia nowych badań w dziedzinie terapji i spowodować szersze biologiczne ujęcie widnokręgu leczniczego, tembardziej, że już dziś dość znaczna ilość badań podąża do wykrycia istoty zmiennych ogólnych chemizmów w ustroju. Na tej drodze rozwinęły się dotąd liczne badania nad anafilaksją, senzybilizacją, hiperglikemją, nad hypercholesterinemią, nad kwasicą, alkalozą i zaburzeniami równowagi zasadowo-kwasowej oraz nad zaburzeniami we funkcji wydzielniczej gruczołów dokrewnych. Także Gerson przyznaje, że potrzeba będzie jeszcze wielu lat pracy, aby w dziedzinę djetetyczno-leczniczą wprowadzić naukowe wyjaśnienia. Mojem zdaniem metoda Gersona cenną jest więcej przez drogę, którą wskazała, niż przez efektywne, acz niewątpliwe rezultaty, które dotąd uzyskała.

Z prac autorów polskich, które już dawniej wchodziły w omawianą dziedzinę należy wspomnieć prace A. Gluzińskiego, który pierwszy przed kilkudziesięciu laty zwrócił uwagę na zatrzymanie chloru we krwi, towarzyszące niekiedy stanom mocznicowym i który wprowadził do kliniki pojęcie bardzo ciężkiego zatrucia śmiertelnego pod nazwą bezchlorowej mocznicy *(Uraemia achlorica)*. Zwrócił on uwagę, że jeszcze przed zjawieniem się białkomoczu zmniejszać się może wyraźnie wydzielanie chloru, co jest według G. poniekąd zwiastunnym objawem stanu chorobowego nerek. Pozatem prąd remineralizacji, zapoczątkowany głównie przez Robina, w Polsce znalazł wyraz w pracach prof. Latkowskiego, który szeregiem ścisłych badań przyczynił się do wyjaśnienia roli soli wapniowych w ustroju i był propagatorem tej metody leczenia.

Piśmiennictwo.

1) G. Baer, A. Herrmannsdorfer u. H. Kausch: Ergeb. kochsalzfreier Ernährung bei Lungentuberkulose. (Münch. med. Woch. 1926. Nr. 1. 2). — 2) Berliner Mediz. Gesellschaft. Sitzung v. 2 Juli 1929. (Münch. med. Woch. 1929. Nr. 29). — 3) S. Bommer: Die Ernährungsbehandlung der Hauttuberkulose (Münch. med. Woch. 1929, Nr. 17). — 4) S. Bommer: Die Ernährungstherapie der Hauttuberkulose nach Gerson-Sauerbruch-Herrmannsdorfer (Münch. med. Woch. 1928, Nr. 37). — 5) S. Bommer: Grudlagen u. Ausblicke der Diätbehandlung des Lupus vulgaris (Die medizinische Welt. 1929. Nr. 39. — 6) M. Gerson: Die Entstehung u. Begründung der Diätbehandlung der Tuberkulose (Die med. Welt. 1929. Nr. 37). — 7) M. Gerson: Erwiderung auf die Ausführungen des Herrn Geheimrat Sauerbruch. (Die med. Welt. 1929. Nr. 39). — 8) B. Gettkant: Die Heilkostbehandlung der Tuberkulose nach Gerson. (Die med. Welt. 1929. Nr. 38). — 9) A. Herrmannsdorfer: Der Einflus besonderer Ernährungsart auf schwere Formen tuberkulöser Erkrankungen. (Mediz. Klinik 1929. Nr. 32). — 10) M. u. A. Herrmannsdorfer: Praktische Anleitung zur kochsalzfreien Ernährung Tuberkulöser. Leipzig 1929. — 11) Jesionek: Zur Diätbehandlung der Hauttuberkulose (Münch. med. Woch. 1929. Nr. 21). — 12) F. Klemperer: Besprechung des Vortrages, welcher in der Berliner Med. Gesellschaft d. 3 Juli 1929. gehalten wurde von Sauerbruch u. Herrmannsdorfer. (Therapie der Gegenwart 1929. September). — 13) L. Korczyński: Choroba Brighta Poznań 1927. — 14) J. Mouzon: Le régime de Gerson (La Presse Médicale 1929, Nr. 77). — 15) F. Sauerbruch: Erklärung zur Ernährungsbehandlung der Tuberkulose. (Münch. med. Woch. 1929, Nr. 33). — 16) F. Sauerbruch: Erklärung zur Ernährungsbehandlung der Tuberkulose. (Die mediz. Welt. 1929. Nr. 34). — 17) F. Sauerbruch: Stellungnahme zu Gerson und Gettkant. (Die med. Welt. 1929, Nr. 38). — 18) Sauerbruch, Herrmannsdorfer, u. Gerson: Ueber Versuche, schwere Formen der Tuberkulose durch diätetische Behandlung zu beeinflussen. (Münchener med. Wochenschrift. 1926. Nr. 2). — 19) F. Sauerbruch u. Herrmannsdorfer: Ergebnisse und Wert einer diätetischen Behandlung der Tuberkulose (Münch. med. Wochenschr. 1928, Nr. 1).

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Stanisław BUEHN, Lekarz Naczelny Poradni. Lwów.

Państwowa Poradnia Szkolna we Lwowie.

A) Rys organizacyjny.

Państwowa Poradnia lekarska dla młodzieży szkolnej szkół publicznych we Lwowie została założona przez Kuratorjum Okręgu Szkolnego we Lwowie, przy współudziale Gminy m. Lwowa i oddziału Lwowskiego Czerwonego Krzyża. Początki organizacji Poradni Szkolnej sięgają roku 1921, kiedyto uruchomiono oddziały oczny, dentystyczny i wewnętrzny przy Klinikach Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. W roku 1924. zostały wyżej wymienione Poradnie przeniesione do lokalu w szkole Piramowicza przy placu Strzeleckim l. 5 .Z roku na rok ulegały agendy Poradni rozszerzeniu, tak że z końcem roku szkolnego 1928/29. pracowało w Poradni, 24 lekarzy, 2 higjenistki, 5pomocnic, 1 urzędnik administracyjny. Ilość oddziałów Poradni wynosiła 16, a mianowicie: 1) oddział chorób wewnętrznych żeński, 2) oddział chorób wewnętrznych męski, 3) oddział naświetlań lampą kwarcową męski, 4) odział naświetlań żeński, 5) pracownia roentgenologiczna, 6) laboratorjum dla analiz lekarskich, 7) oddział chorób skórnych, 8) oddział chorób nerwowych, 9) oddział chorób uszu, nosa i gardła, 10) oddział chirurgiczno-ortopedyczny, 11) oddział oczny dla młodzieży szkół powszechnych, 12) oddział okulistyczny dla młodzieży szkół średnich, seminarjów nauczycielskich i szkół zawodowych, 13) oddział dentystyczny centralny. Wszystkie powyższe oddziały znajdują pomieszczenie w centrali przy placu Strzeleckim. Ponadto posiada Poradnia trzy filje urządzone na peryferjach miasta celem zaoszczędzenia młodzieży mieszkającej na przedmieściach drogi i czasu którzyby musiała stracić na odbywanie dalszej drogi do centrum miasta. Istnieją dwie filje dentystyczne (14, 15), oraz filja oddziału naświetlań (16). Wszystkie oddziały wyposażone są w kompletne instrumentarja dla celów djagnostycznych i terapeutycznych. Podnieść należy że oddziały naświetlań lampą kwarcową dysponują 7 lampami kwarcowemi i 2 lampami Sollux; zaś oddział dentystyczny posiada kompletnie wyposażonych 7 foteli dentystycznych na których pracuje 10 dentystów.

Pracownia roentgenologiczna wykonuje wszelkiego rodzaju zdjęcia, prześwietlania i powierzchowną terapję.

Praca wszystkich oddziałów Poradni polega nie tylko na leczeniu chorych, lecz także w razie potrzeby Poradnia zajmuje się badaniem i wydawaniem orzeczeń w sprawach zdolności lub niezdolności do zawodu nauczycielskiego, zdolności fizycznej do hufców szkolnych i ćwiczeń cielesnych.

Na szczególne podkreślenie zasługuje działalność oddziału dentystycznego, który przeprowadza systematyczną sanację uzębienia wśród młodzieży szkół średnich, seminarjów nauczycielskich i szkół zawodowych. Sposób przeprowadzania tejże sanacji przedstawia się następująco: z początkiem roku szkolnego dokonuja dentyści przeglądu stanu uzębienia młodzieży klas 1, 2, 5, 6, szkół śred. i 1, 2, 5 r. seminarjów. Przy tym przeglądzie segreguje się młodzież potrzebującą naprawy uzębienia w myśl obowiązującego regulaminu Poradni szkolnej regulującego sprawę korzystania

przez młodzież szkolną z pomocy lekarskiej w Poradni, i przeznacza się młodzież której rodzice są członkami Kas Chorych i Wojewódzkiej Pomocy lekarskiej dla urzędników Państwowych do przeprowadzenia sanacji uzębienia w powyższych instytucjach, młodzież zamożną przeznacza się do leczenia u lekarzy prywatnych, zaś młodzież ubogą przeznacza się do Poradni skolnej, gdzie stopniowo przez cały rok szkolny przeprowadza się sanację uzębienia. Z końcem roku szkolnego następuje powtórny przegląd, a u uczniów którzyby ewentualnie nie przeprowadzili nakazanej sanacji, stosuje się odpowiednie rygory szkolne. Podobnie okuliści przeprowadzają kotrolę stanu oczu młodzieży niższych klas szkół średnich skierowując młodzież wedle powyższych norm dla zaopatrzenia się w ewentualnie potrzebne szkła lub do leczenia choroby ocznej.

Poradnia szkolna przyjmuje pacjentów tylko zaopatrzonych w zlecenie lekarza szkolnego. Opłat za badanie i leczenie nie pobiera się, jedynie pobiera się opłaty za zabiegi, zwł. dentystyczne jako zwrot za materjał. Bardzo znaczny procent młodzieży najuboższej zostaje zwolniony od wszelkich opłat na wniosek odpowiedniej Dyrekcji szkolnej. Poradnia szkolna bowiem jest zorganizowana na zasadzie samowystarczalności gospodarczej. Tylko pobory lekarzy wypłaca Kuratorjum Okręgu Szkolnego Lwowskiego, zaś gmina m. Lwowa dostarcza lokalu, opału i światła, oraz opłaca 1 higjenistkę; oddział Lwowskiego Czerwonego Krzyża opłaca jedną pomocnicę i użyczył pewnej części instrumentarjum, oraz Panie wolontarjuszki prowadziły z ramienia powyższej instytucji kancelarję centrali dentystycznej.

B) Działalność w roku szkolnym 1928/29.

Niżej podajemy rys działalności poszczególnych oddziałów Poradni w ubiegłym roku.

A) Oddział wewnętrzny. Do zbadania przysłano ogółem 129 chłopców i 929 dziewcząt, którym udzielono 2854 porad. Młodzieży szkół średnich przyjęto 1173, szkół powszechnych 1042. Na pierwszy plan wysuwały się schorzenia gruczołów chłonnych (powiększenia gruczołów zewnętrznych) 667 przyp. i niedokrewność 284. Na dalszym planie stoją choroby narządu pokarmowego (144), serca (113), niegruźlicze schorzenia płuc (283). Choroby innych narządów trafiały się w niewielkiej ilości, zaś podkreślić należy, że ilość schorzeń reumatycznych była niewielka (22). Pododdział dla gruźlicy współpracował z Lwowskiem Towarzystwem Walki z Gruźlicą informując się wzajemnie o wypadkach gruźlicy wśród młodzieży szkolnej, oraz korzystając z pomocy pielęgniarek powyższej instytucji w przeprowadzeniu wywiadów u rodzin chorych. Ogółem zarejestrowano 7 przypadków gruźlicy otwartej, potwierdzonej badaniem bakterjologicznem, 177 przypadków gruźlicy gruczołów dookołaoskrzelowych, 109 przypadków gruźlicy płuc nieczynnej i niebezpiecznej dla otoczenia, 18 przypadków gruźlicy kości i stawów. Z zestawienia powyższego wynika częstość schorzeń gruźliczych wśród młodzieży szkolnej, gdyż stwierdziliśmy ją niewątpliwie u 14,3% naszych pacjentów, a zaznaczyć należy, że nie wliczono tu tak częstych u młodzieży powiększeń gruczołów zewnętrznych których tło jest również w znacznej mierze gruźlicze.

W laboratorjum wykonano 639 badań. Ilość uczniów którzy pobierali naświetlania wynojsiła 741, którym zastosowano 10870 naświetlań. Prześwietlań Roentgenem (od 23. II. 1929) wykonano 166, zdjęć 31.

B) Oddział oczny. Do oddziału ocznego dla młodzieży szkół powszechnych zgłosiło się 2776 dzieci, którym udzielono 13.692 porad i zabiegów. Ostrych zapaleń spojówek stwierdzono 24 przypadków; grudkowe zapalenie spojówek 1674 przypadków; zapalenie brzegu powiek 624, jęczmieni 34, gradówek 9, zapalenia pryszczykowego spojówek 52. Jaglicy stwierdzono 49 wypadków w tem 5 jaglicy sączącej. Wszawicę rzęs znaleziono u 41 dzieci i to przeważnie dzieci szkół żydowskich. Zmian zapalnych rogówki 18, niezapalnych 78. Zezów rozbieżnych 426, zbieżnych 232, niedośleрu 14 przypadków. Z wad refrakcji przeważa wśród młodzieży szkół powszechnych dalekowzroczność (917 przyp), nad krótkowzrocznością (103). Astygmatyzm najczęściej stwierdzano mięszany. Reszta chorych przypada na rzadsze zmiany wrodzone i schorzenia soczewki, dna oka, oraz zmiany urazowe.

Do oddziału ocznego dla młodzieży szkół średnich i zawodowych zgłosiło się 2178 uczniów którym udzielono 4719 porad. Z poszczególnych schorzeń stwierdzono ostre zapalenie spojówek 34, zapalenie brzegu powiek 67, przewlekłe zapalenie spojówek 285, grudkowe 407, pryszczykowe 34, jęczmień 47, gradówka 13. Jaglicy stwierdzono 4 przypadki, z czego 3 w stanie zakaźnym. Chorób soczewki, rogówki i dna oka spotkano 18. Zezu 17. Z wad refrakcji zanotowano: dalekowzroczność u 649 pacjentów, krótkowzroczność u 244, z czego przypada 152 na krótkowidzenie niżej — 2 D. Astygmatyzm stwierdzono u 44 uczniów. Masowo zbadano 62 klas, z czego 22 klas w gimnazjach, 17 w seminarjach i 23 w szkołach zawodowych. Ilość zbadanych masowo uczniów wynosiła 2109.

C) Oddział dntystyczny. Ogółem przyjęto w centrali i filjach dentystycznych A i B 3610 pacjentów, którym udzielono 14.317 porad i zabiegów. Uczniów szkół powszechnych przyjęto 948, szkół średnich i zawodowych 2662. Usunięto 1357 zębów stałych, 986 mlecznych. Operacji wykonano 7. Wkładek założono 6754. Zgorzeli leczono 129. Wypełnień korzeni wykonano 1686. Plomb założono ogółem 5050.

D) Oddział neurologiczno-psychjatryczny. Oddział był czynny od dnia 1. II. 1929. Ogółem przyjęto 58 chorych, którym udzielono 137 porad. Organicznych schorzeń nerwowych leczono 17, neuroz i psychoneuroz 31, upośledzonych umysłowo 2, wad wymowy 8. Poza leczenie chorób nerwowych stosuje się w oddziele psychoanalizę, oraz zajmuje się poprawą wad wymowy.

E) Oddział otolaryngologiczny. Ogółem przyjęto 1458 pacjentów (585 ze szkół średnich i zawodowych, 873 ze szkół powszechnych) którym udzielono 2788 porad. Zabiegów wykonano 1055. Wśród przyjętych pacjentów było 396 z chorobami uszu, 4 z chorobami jamy ustnej, 478 z chorobami gardzieli, 113 z chorobami krtani, 69 z chorobami szyji. Zabiegów wykonano w narządzie słuchowym 444, w nosie 137, w jamie ustnej 6, w gardzieli 260, w krtani 99, na szyji 99.

F) Oddział chorób skórnych czynny był od 1. XI. 1929. Przyjęto 371 pacjentów którym udzielono 504 porad. Chorób skórnych leczono 366, wenerycznych 5. Do najczęstszych schorzeń należały trądzik pospolity (38) odmrożenie (26), pryszczyca (81), liszajec pospolity (50), świerzb (16), brodawki posp. (28), brodawki płaskie (28), kiła dziedziczna (2), rzerzączka u dziewcząt (3). Zabiegów wykonano 12.

G) Oddział chirurgiczny czynny był od 15. V. 1929. Przyjęto 18 pacjentów i wykonano 14 zabiegów operacyjnych.

Ogółem w Państwowej poradni Szkolnej przyjęto w ubiegłym roku szkolnym 12.684 pacjentów (6775 ze szkół średnich, 5949 ze szkół powszechnych), którym udzielono 39.129 porad. Ilość udzielonych zabiegów wynosiła 26.453.

Cyfry powyższe wymownie ilustrują działalność Państwowej Poradni Szkolnej roztaczającej swą opiekę nad zdrowiem naszego przyszłego pokolenia, które gdy dorośnie odczuje wówczas zbawienne skutki powyżej skreślonej akcji higjeniczno-zapobiegawczej.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

H. Willer: *Ergebnisse der Encephalitisforschung.* Würzburger Abhandlungen. Bd. V. H. 5, 225—240. Leipzig — Verlag Kabitsch.

Krótkie i doskonałe zestawienie obecnego stanu nauki o encephalitis epidemica. Autor rozpatruje treściwie symptomatologię, etjologię, patogenezę oraz histopatologię. Następnie omawia stosunek konstytucji do encephalitis a w końcu zastanawia się nad pytaniem, czy dotychczasowe wyniki badań histologicznych w zakresie nagminnego zapalenia mózgu pozwalają na lokalizację pewnych funkcyj i zaburzeń psycicznych a specjalnie psychoz endogennych: schizophrenji i psychozy manjakalno-depresyjnej. Odpowiedź na to pytanie wypada ujemnie.

A. Ślączka (Kraków).

A. Knorr: *Beiträge z. Kenntniss d. Lidschlages unter normalen u. patologischen Verhältnissen.* Würzburger Abhandlungen. B. V. H. 4, 197—223. Leipzig — Verlag Kabitsch.

Praca wypełnia lukę w odnośnem piśmiennictwie, które dość po macoszemu traktuje sprawę mrugania powiekami. Pierwsza część omawia mechanizm mrugania, jego znaczenie dla ustroju oraz drogi odruchowe. W drugiej części podaje autor wyniki własnych spostrzeżeń, a więc określa zależność częstości odruchów od wieku, konstytucji, wysiłków fizycznych, bólu i temperatury ciała. Nakoniec omawia wpływ niektórych stanów psychicznych i schorzeń organicznych jak: manja, depresja, Basedow, parkinsonizm, sclerosis multiplex oraz Tabes dorsalis.

A. Ślączka (Kraków).

Otto Seifert: *Działanie ubiczne modnych środków leczniczych.* Würzburger Abhandlungen. Bd. V. H. 9, 1929. Verlag C. Kabitsch.

Autor na kilkudziesięciu stronach w broszurce, stanowiącej już piąty dodatek do jego dzieła z r. 1923 wylicza w alfabetycznym porządku cały szereg specyfików niemieckiej fabrykacji, określając przy każdej nazwie w paru słowach skład chemiczny leku, jego formę i działanie uboczne, przyczem wylicza odnośną literaturę.

Praca dowodzi o dokładności i sumienności autora, niestety, dla nas posiada mniej znaczenia, gdyż większość środków leczniczych wyliczonych przez autora, nie jest u nas w kraju dopuszczona do obrotu.

O. Reiner.

Dr. med. Stefan Czarnota-Bojarski i Dr. med. et phil. Eleonora Reicher: ***Fizykalne sposoby badania klinicznego.*** Podręcznik dla studentów i lekarzy. Wyd. Książnicy - Atlas. Lwów-Warszawa 1929. Z przedmową Prof. Dr. Gluzińskiego. Stron tekstu 258. Rysunków 70.

Opracowanie podręcznika zgodnie z wymogami pedagogiki klinicznej, z uwzględnieniem cenniejszych danych z piśmiennictwa tego tematu dotyczącego, jest przedsięwzięciem w swej istocie bardzo celowem. Uczącym się potrzebny jest podręcznik nie zbyt obszerny, nie wdający się zbytnio w drobiazgi a nacechowany stylem przejrzystym, wyczerpującą treścią i dużą siłą pedagogiczną. Autorzy niniejszej pracy włożyli sporo trudu, by uczynić zadość wspomnianym warunkom i dopięli swego celu. Całość przedmiotu podzielili zgodnie z wymogami nauki na rozdziały omawiające ogólne cechy organizmu, poprzedzone ogólnemi uwagami o badaniu chorych, rozdziały określające sposoby badania narządów klatki i ostatnią część podręcznika dotyczącą jamy brzusznej. Najważniejszym dla badania fizycznego narządom t. j. oddechowemu i n. krążenia poświęcili autorzy — o ile się wliczy osobne ustępy dotyczące oddechania, tętna, sfigmomanometrji (ze sfigmobolometrją włącznie) — prawie trzy czwarte całej książki. Mimo widocznej stałej dążności do głębszego ujmowania rzeczy (ustępy dotyczące zjawisk akustycznych, poszczególne ustępy z zakresu badania n. krążenia), trzymają się autorzy zasadniczo raz obranej miary i unikają przekraczania jej zwłaszcza tam, gdzie sądzą iż zbytnia drobiazgowość nie jest z korzyścią dla jasności ujęcia określanych zjawisk. W całej pracy znać usilną dążność do tego, by stała się ona dobrym drogowskazem dla uczącego, dawała mu jasny, wyczerpujący obraz i zachęcała do pracy. Pełna świadomość dydaktycznego celu książki jest dużą jej zaletą.

Doc. Dr. H. Sochański (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie, rok XLI, zeszyt 22, z 15 listopada 1929 r.: Sew. Sterling: I Gruźlica płuc a suchoty płuc (dorosłych); II Wytyczne publicznego leczenia suchot płucnych (dorosłych). — St. Kwaśniewski: Kilka zagadnień z dziedziny białaczek przewlekłych i ostrych. — H. Schusterówna: Zatrucie kałowe w przypadku olbrzymiego jelita grubego (megacolon congenitum). — Jonscher: Leczenie ostrych chorób gorączkowych u dzieci. — K. Mayer: O przeciwwskazaniach do leczenia rentgenowego. — J. Szmurło: Zagadnienie migdałków z punktu widzenia medycyny praktycznej.

Lekarz Wojskowy, rok X, tom 14, nr. 6, z 15 września 1929 r.: L. Karwacki: Odporność w zakażeniu gruźliczem. — J. Żurkowski: Zagadnienie etjologji grypy. — M. Niewiarowski: Z kazuistyki stanów posocznicych. — F. Kasperowicz: Badanie chemiczne wód gazowych, wyrabianych w Wilnie. — St. Sterling-Okuniewski: Wrażenia z wycieczki naukowej zagranicę.

Opieka nad dzieckiem, rok VII, nr. 4, za lipiec - sierpień 1929 r.: M. Michałowicz: Polski Instytut puerykultury. — L. T. Starkiewicz: O leczeniu przewlekle chorych dzieci a kolonja Lecznicza Dziecięca im. Rektora Józefa Brudzińskiego przy zdroju w Busku.

Przemysł Chemiczny, nr. 21 z listopada 1929 r.: F. Kamiński: Oznaczanie wapnia w fosforytach drogą miareczkowania. — T. J. Rabek i J. Bojanowski: O czyszczeniu antracenu. — K. Pilliela: Kształcenie pracowników technicznych dla przemysłu chemicznego na Górnym Śląsku.

Neurologja Polska, tom XII, zeszyt 3, z r. 1929: K. Kuligowski: Zaburzenia neurologiczne w stanach niedoczynności tarczycy. R. Dreszer i W. Terajewicz: Zmiany anatomiczne w przypadku parkinzonowskiej postaci porażenia postępującego, leczonego zimnicą, z niezwykłem zwyrodnieniem glejn w istocie białej płatu skroniowego lewego. — Zandowa: Wspomnienie pośmiertne po ś. p. Janie Jarkowskim.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr. 47, z 21 listopada 1929 r.: L. Anigstein: Rickettsje jako pasorzyty i symbionty stawonogów. — H. Adelfang: O nowej modyfikacji cholecystografji doustnej. — Z. Świder: O djetetycznem leczeniu gruźlicy (streszczenie zbior.). — Zandowa: Jak być nie powinno. — L. Zamenhof: Dzieje medycyny (c. d.). — Al. Margolis: Rok skoordynowanej walki z gruźlicą w Łodzi.

Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa lekarskiego i Wydziału lekarskiego Uniw. Stefana Batorego, rok V, zeszyt 5, za wrzesień-październik 1929: A. Wirszubski: Nerwica narządowa. — J. Hurynowiczówna: O stosowaniu jonizacji w chorobach układu nerwowego. — S. Trzebiński: Z pamiętników Franka. Rozdział XXXVIII (c. d.). — L. Czarkowski: Wilno w latach 1867—1875 (c. d.). — H. Kaulbersz-Marynowska: O niedokrwistości pochodzenia pokarmowego u niemowląt. — T. Wąsowski: Badania doświadczalne nad wpływem niektórych związków narkotycznych i nasennych na układy: przedsionkowy i kanałów półkolistych. — K. Michejda: XIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Ratownictwo, rok I, nr. 11, z listopada 1929 r.: Fr. Białokur: Dr. med. Władysław Stankiewicz a Pogotowie wojenno-lekarskie w powstaniu styczniowem 1863 roku. — Fr. Obarski: Oparzenie i udzielenie pierwszej pomocy.

Polski Czerwony Krzyż, rok IX, nr. 9 z r. 1929: Kacprzak: Kolorowe Krzyże Holandji. — Wołłowicz: Dzieci syberyjskie. M. Bortnowska: II Międzynarodowa Konferencja. — Podolak: Pokazy w Poznaniu. — Czerwony Krzyż zagranicą.

Przegląd dentystyczny, rok IX, nr. 9 (84) z września 1929 r.: M. Kalisz: Słów kilka o t. zw. Dolores post extractionem. — A. Mokrzycki: Przyczynek do traktowania kanałów korzeniowych. Opatrunki suche względnie z zastosowaniem vioformu. — J. Ligęza: W sprawie wprowadzenia i ustalenia w Kasach chorych notowań chorób jamy ustnej i zębów, jako danych statystyczno-naukowych.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 47, z 24 listopada 1929 r.: Nowe leki. — W sprawach podatkowych.

Przegląd ubezpieczeń społecznych: rok IV, zeszyt 10, z 1 października 1929 r.: T. Słoński: Art. 102, 103 i 104 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. w świetle orzecznictwa Sądów i Najw. Trybunału Administracyjnego. — M. Kacprzak: Lekarze w Polsce.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Przeciwreumatyczny Zjazd Międzynarodowy w Budapeszcie.

Omawiany Zjazd został faktycznie zwołany i zorganizowany przez International Society of Medical Hydrology, pod auspicjami którego to Towarzystwa odbył również swe posiedzenie Międzynarodowy Komitet Walki z Reumatyzmem (Ligue Internationale contre le Rhumatisme), mający swą siedzibę w Amstrdamie. Zjazd zgromadził zgórą 600 uczestników z całego niemal świata, nie wyłączając tak oddalonych krajów jak Japonja, Meksyk, Australja i t. p., przyczem nie brakło wśród obecnych na Zjeździe nazwisk ogólnie w nauce popularnych jak np. Freund, Strasser z Austrji, Gunzburg, Guillaume z Belgji, Eliassen, Jansen z Danji, Fox, Lewis, Buckley z Anglji, Forestier, Mougeot z Francji, Bauer, Dietrich, Harpuder, Niemann, Zimmer z Niemiec i t. d.

Wypada zaznaczyć że Polskę reprezentowało prócz niżej podpisanego i wydelegowanego przez Polski Komitet Walki z Reumatyzmem jeszcze trzech kolegów, dwóch z Warszawy i jeden z Inowrocławia.

Jeśli chodzi o rzeczy pod względem naukowym istotnie rewelacyjne, to należy zaznaczyć, że Zjazd, jak to zresztą było do przewidzenia, nie wiele przyniósł nowego, nosił natomiast charakter raczej wybitnie informacyjny, a nadewszystko par excellence sprawozdawczy.

Jak to zauważyliśmy na wstępie Zjazd łączył w sobie odczyty dotyczące w ścisłym znaczeniu tego słowa zagadnień hydrologicznych z reumatycznemi, uważamy wobec tego za wskazane podać w zarysie treść ważniejszych przemówień tak z jednej jak i z drugiej dziedziny. Na temat oddziaływania fizjologicznego wód mineralnych wypowiadali się Prof. Dalmady (Budapeszt), Prof. Pinilla (Madryt), Dr. Harpuder (Wiesbaden) oraz Prezes T-wa Dr.

Fortescue Fox (Londyn). Z przemówień tych pozwolimy sobie przytoczyć ze zrozumiałych względów jedynie najbardziej charakterystyczne ustępy.

Właściwości osmotyczne wód mineralnych posiadają tak wielkie znaczenie, że w wielu wypadkach skład chemiczny owych wód odgrywa rolę drugorzędną czyli innemi słowy działanie zawartych w odnośnych wodach jonów pochłanianych w czasie kuracji, schodzi na plan drugi.

Podczas gdy w wodach rozcieńczonych działanie zależy nadewszystko od składu chemicznego, to natomiast w wodach mineralnych skoncentrowanych a osmotycznie czynnych, działanie może być nawet wówczas identyczne resp. wybitnie analogiczne, kiedy różnią się one zasadniczo swemi cechami chemicznemi, dla wód np. alkalicznych mogą przeto obowiązywać te same wskazania lecznicze, co dla wód kwaśnych.

Z tych oto wspólnych własności fizjologicznych na szczególną zasługuje uwagę osmotyczne działanie czyszczące, które stanowi pod wieloma względami najwdzięczniejsze pole działania dla wód hypertonicznych, chodzi tu bowiem nietylko o zwykłe wypróżnienie przewodu jelitowego, nietylko o usunięcie zaparcia, lecz ponadto o cały szereg niezmiernie dla chorego ustroju dodatnich reakcji jak np. pomyślny wpływ omawianych wód na rozwijające się w jamie brzusznej sprawy zapalne, pobudzenie krwiobiegu w naczyniach jamy brzusznej, a przedewszystkiem w zakresie nn. splanchnici, dalej sprzyjanie resorbcji powstałych w jamie brzusznej wysięków, nieraz nawet bardzo zastarzałych.

Oczywiście z powyższych uwag bynajmniej nie wynika, ażeby działanie jonów, to jest działanie chemiczne pozostawiać zgoła bez uwzględniania, albowiem jest ono w wielu wypadkach wytyczną dla indywidualizowania odpowiednich chorych poddających się kuracji wodami mineralnemi.

Węgierskie wody gorzkie ze względu na ich izo-resp. hypertoniczną koncentrację zarówno jak na zawarte w nich mało pochłaniane jony Mg i SO_4 wykazują stosunkowo dużo działania osmotycznego, nadają się przeto również w wysokim stopniu do studjów nad omawianem działaniem.

Wody hypertoniczne typu chlorkowego znajdują się w Hiszpanji w La Toja. Mniej rozpowszechnione są natomiast zdroje siarkowe hypertoniczne (Na i Mg) zdarzają się jednak również na Węgrzech.

Szczególne zainteresowanie wzbudziły wywody mówców dotyczące zastosowania hydro- i balneoterapji w chorobach serca i naczyń krwionośnych. Na zasadzie zgórą dwudziestoletnich doświadczeń dochodzą oni do następujących wniosków: wrodzone wady serca reagują dodatnio na kąpiele kwasowęglowe w okresie zbliżającej się dekompensacji; nabyte zmiany serca o charakterze zapalnym są nieomal zawsze pochodzenia reumatycznego, wobec czego wody hypertermalne nadają się do ich leczenia szczególnie, niezależnie od tego czy zawierają dużo czy mało składników mineralnych, czy są bogate w sól czy siarkę. Wody tego typu znajdują zastosowanie zarówno w postaci wód jak kąpieli i wywierają zabójczy wpływ na zarodki infekcyjne, sprzyjają gojeniu się spraw zakaźnych we wsierdziu oraz sprzyjają przystosowaniu się osobnika do jego wady sercowej.

Przy zwykłych schorzeniach serca natury naczyniowej (cardiopathie arterielle - Huchard) to jest przy zespołach spowodowanych zmianami ateromatycznemi lub syfilitycznemi aorty lub nadmiernem parciem krwi, wskazania dla omawianych zabiegów mają charakter dwojaki, chodzi bowiem bądź o ulżenie sercu w drodze obniżenia parcia tęniczego, bądź też dzięki pobudzającemu działaniu kąpieli musi ulec wzmocnieniu akcja osłabionych komór sercowych.

Nadmierne parcie tętnicze można zwalczać przy pomocy:

a) picia moczopędnych wód mineralnych,

b) hypertermalnych zabiegów kąpielowych, łagodzących zakres n. współczulnego,

c) kąpieli subtermalnych oraz zawierających mało gazu.

Kąpiele kwasowęglowe znajdują najwdzięczniejsze zastosowanie jak to już liczni referenci wzmiankowali w początkowych okresach niedomogi sercowej.

Zaburzenia akcji serca w zakresie rytmu najlepiej zwalczać z uwzględnieniem tła przyczynowego jak np. anomalje zachodzące w przewodzie pokarmowo-trawiennym i t. p.

Na kąpiele termalne gazowe reagują dodatnio również przewlekłe stany zapalne tkanek okołożylnych połączone z zastojem żylnym jak również wszelkie sprawy tego rodzaju będące następstwem zaburzeń wewnątrz-wydzielniczych.

Streszczając się referenci z naciskiem podkreślają, że jeśli chodzi o pacjentów z chorem sercem lub układem naczyniowym, to niezmiernie dodatniego wpływu można oczekiwać od kąpieli, w żadnym razie jednak nie od picia wód mineralnych.

W sekcjach zjazdowych poświęconych wyłącznie zagadnieniu reumatycznemu na porządku dziennym znalazły się przewidziane w programie Zjazdu referaty główne na tematy następujące:

Ostre a przewlekłe schorzenia reumatyczne, oraz hematologja i serologja reumatyzmu.

Zagadnienie pierwsze spotkało się z wieloma trudnościami natury terminologicznej, znaną bowiem jest rzeczą, że po dzień dzisiejszy w łonie klinicystów tudzież patologów panuje niebywała rozbieżność zapatrywań na istotę ostrego lub przewlekłego reumatyzmu, wypada przeto w kilku słowach streścić poglądy poszczególnych autorów na właściwe dla reumatyzmu jako takiego cechy patologiczne.

Według jednych „rheuma" jest to pojęcie zbiorowe obejmujące nieomal wszystkie schorzenia obwodowych narządów ruchu z wyjątkiem jednostek o wyraźnie urazowem pochodzeniu, chorób kości w ścisłem znaczeniu tego słowa oraz tych wszystkich zespołów jakie bywają spowodowane zmianami w zakresie systemu nerwowego ośrodkowego.

Według innych badaczy przez „rheuma" rozumieć należy wszelkie zapalenia mięśni, ścięgien, torebek maziowych, nerwów obwodowych, a nadewszystko stawów, jednakże z wyłączeniem nietylko jednostek o wyraźnie urazowej etjologji lecz również powstałych na tle jakiegokolwiek konkretnie znanego zakażenia jak np. gruźlicy lub t. p., należałoby tedy do szeregu chorób reumatycznych jedynie te jednostki zaliczać, które rozwinęły się na zgoła nieznanem tle zakaźnem bądź też powstały na skutek wpływów atmosferycznych resp. termicznych. Wreszcie nie brak autorów, którzy skłonni są rozumieć przez reumatyzm wyłącznie tylko choroby stawów powstałe skutkiem przeziębienia, nie wykazujące natomiast w swej etjologji żadnego czynnika infekcyjnego ani anomalji z zakresu przemiany materji.

Jak widać z powyższego zestawienia, sprawa znajduje się w dość skomplikowanem stadjum i prawdopodobnie nieprędko jeszcze ulegnie wyjaśnieniu, co zresztą znalazło swój wyraz w wywodach wypowiadających się w tej mierze referentów.

Nic tedy dziwnego, że ośrodkowym punktem dyskusji stał się wobec tego fakt mniejszej lub większej częstości występowania poszczególnych postaci reumatyzmu. W zasadzie panowały w tym względzie następujące zapatrywania, które naogół cieszyły się jednomyślnością:

Tak zwane choroby reumatyczne, zarówno postaci ostre, jak przewlekłe należą we wszystkich niemal krajach do chorób najczęstszych. W Anglji np. tudzież w pod względem geograficznym podobnie położonych państwach stanowi liczba przypadków reumatyzmu $^1/_6$ wszystkich pozostałych chorób; w Niemczech oraz na Węgrzech $^1/_{11}$.

W miejscowościach bliżej morza położonych liczba przypadków reumatyzmu wydaje się zwiększać, natomiast w głębi kontynentu nie przekracza ona 10% wszystkich innych chorób.

W zasadzie schorzenia reumatyczne stawów zdarzają się nie o wiele częściej od schorzeń reumatycznych mięśni, natomiast sprawy stawowe trwają ze względu na swój przebieg znacznie dłużej, przeto jeśli można się tak wyrazić, spotkamy się z o wiele wyższą liczbą chorób reumatyzmu stawowego niż mięśniowego, który to stosunek wyrazi się, jak 7 : 1.

Pomiędzy ostrym a przewlekłym reumatyzmem (gośćcem) mięśniowym zdarza się tyle form przejściowych, że zdaniem niektórych autorów jest wręcz niepodobieństwem odróżniać te formy, natomiast jeśli chodzi o ostre i chroniczne postacie reumatyzmu stawowego, to daje się zauważyć przedewszystkiem wybitna różnica, jaka zachodzi w liczbie przypadków tych dwóch kategorji reumatyzmu stawowego, mianowicie stosunek liczbowy w materjale szpitalnym wynosi $^1/_5$, zaś w materjale praktyki ambulatoryjnej $^3/_5$.

Na przeważającą część przypadków reumatyzmu ostrego składają się ostre zapalenia stawów wielorakie (polyarthritis acuta), z których około $^1/_3$ ulega całkowitemu wyleczeniu.

Podział przypadków reumatyzmu według płci nie nastręcza szczególnych trudności, bowiem w tej dziedzinie rozporządzamy dość pokaźną statystyką, z której wynika, że:

1) ostry gościec stawowy występuje jednakowo często u obojga płci,

2) w ogólnej jednak liczbie chorych reumatyków przeważają mężczyźni, co znajduje prawdopodobnie wytłumaczenie w stosunkowo częstszej sposobności zaziębiania się mężczyzn, jak również

podlegania wszelkim insultom sprzyjającym powstawaniu reumatyzmu.

Takie jednostki kliniczne jak reumatyzm mięśniowy, neuralgja (ischias) i t. p. dotyczą znacznie częściej mężczyzn niż kobiety, a mianowicie stosunek ten wyraża się jak 3 : 2.

Zgoła inaczej się rzecz przedstawia przy pierwotnych przewlekłych formach reumatyzmu, który jakby szczególnie upodobał sobie płeć piękną, gdyż dotyka kobiety 2—4 razy częściej niż mężczyzn, czem się też tłumaczy niezrozumiałe zrazu zjawisko liczb oznaczających stosunek inwalidztwa kobiet i mężczyzn z powodu reumatyzmu wogóle, a mianowicie 120 : 100.

Charakterystyczny wiek dla przypadłości reumatycznych daje się ująć w pewne dość ostro zakreślone granice, a więc np. rheuma musculorum, neuralgje występują naogół bardzo rzadko w wieku dziecięcym, natomiast poczynając od okresu dojrzałości rozkładają się dość równomiernie na okres do lat 60, poczem znów ulegają degresji.

Ostre i podostre postacie reumatyzmu mięśniowego spotykamy niezmiernie często u kobiet w okresie menopauzy.

Lumbago, ischias i inne nerwobóle wypełniają naogół czasokres pomiędzy 30 a 60 rokiem życia a więc tak zwany wiek produkcyjny. Powszechnie znany ostry gościec wielostawowy spotykamy jednakowo często u obojga płci w wieku dojrzewania płciowego aż do mniej więcej 40 roku życia. Dwie trzecie przypadków śmiertelnych wydarza się z powodu tej formy reumatyzmu w wieku od 5 do 25 lat życia.

Wady zastawek sercowych jako następstwo zakażenia reumatycznego powstają najczęściej naskutek ostrego lub chronicznego zapalenia wielostawowego. Pribram znalazł na stole sekcyjnym zmiany zapalne na zastawkach sercowych aż w 75% gośćca chronicznego powstałego z formy ostrej. Wrota wnijścia dla zarazka reumatycznego upatruje się jak wiadomo poza przewodem jelitowym oraz genitaljami również w dziąsłach i zębach tudzież w migdałkach (dental, alveolar, tonsillar sepsis).

Zapatrywania autorów amerykańskich jakoby ogniska okołozębowe powodowały aż w 76% infekcyjne sprawy stawowe (Iron) niewątpliwie odbiegają od rzeczywistości, tem więcej jeśli przyjąć pod uwagę, że wszak prawie 70% naogół zdrowych ludzi posiada ogniska ropne okołozębowe.

Hematologja i serologja reumatyzmu była naogół przedmiotem dość ożywionych dyskusyj, jakkolwiek i w tej dziedzinie w zasadzie nic nowego nie zgłoszono. W tak zwanych skazach reumatycznych (artretyzm francuzów) mamy do czynienia z mniejwartościowym osobnikiem w znaczeniu konstytucjonalnem, okazującym mniej odporności na najrozmaitsze czynniki szkodliwe, nie znajdujemy jednak we krwi tych osobników jakichś szczególnych zmian. Opisana przez niektórych autorów eozynofilja we krwi przy myalgji i innych obrazach artretycznych w nowszych badaniach nie znalazła potwierdzenia.

Natomiast dość często znajdywana we krwi reumatyków limfocytoza być może wskazuje w pewnym stopniu na zaburzenia wewnątrzwydzielnicze.

W przypadkach reumatyzmu o charakterze degeneracyjnym badanie krwi wypada przeważnie ujemnie, natomiast sprawy zapalne, a więc artretyczne w ścisłym znaczeniu tego słowa znamionują się w zasadzie całkiem charakterystycznemi zmianami w obrazie krwi.

Liczba erytrocytów przy bardziej długotrwałych stanach reumatyzmu wielostawowego ulega redukcji. W wielu wypadkach daje się stwierdzić dość pokaźna leukocytoza nigdy jednakże nie przekracza ona wartości 20.000, co jużby raczej przemawiało za sprawą septyczną.

O wiele więcej uwagi zwróciły na siebie ostatniemi czasy badania mające na celu analizę chemiczną krwi reumatyków.

Wchodzą tu w grę nadewszystko kreatyna, cholesteryna, wapń, kwas mleczny, cukier.

Nader ciekawą metodykę podał również Zimmer z Kliniki Biera w Berlinie; posługując się sposobem interferometrycznym w reakcji Abderhaldena otrzymał on wielce cenne wskaźniki dla rozpoznawania poszczególnych postaci reumatyzmu.

Odczyt Docenta Daniszewskiego z Moskwy zawierał szereg cennych danych statystycznych dotyczących zapadalności na reumatyzm z podziałem według płci, wieku, miejsca zamieszkania, stanu mieszkań, odżywiania i wreszcie zawodu. Również i ten autor podkreśla doniosły wpływ czynnika wilgoci wzgl. przeziębiania na rozwój reumatyzmu, przyczem nader jaskrawym przyczynkiem do tego tematu posłużyły takie spostrzeżenia, jak np. bardzo stosunkowo wysoki procent chorych reumatyków w gubernji włodzimierskiej, gdzie ludność jest przeważnie zatrudnioną przy pracy w torfowiskach, narażającej z natury rzeczy na insult przeziębieniowy.

Niezależnie od wykładów teoretycznych poświęcono stosunkowo dużo czasu pokazom klinicznym, które odbywały się przeważnie w III Klinice Medycznej Uniwersytetu.

Z demonstrowanych chorych przytaczamy następujące grupy:
polyarthritis chronica (13 kobiet, 3 mężczyzn),
polyarthritis chronica secundaria postinfectiosa (4 kobiety, 9 mężczyzn),
spondylitis ankylopoetica (3 mężczyzn),
ossificatio lig. intercruralium (1 kobieta, 1 mężczyzna),
arthritis deformans coxae (5 kobiet),
arthritis deformans genu (6 kobiet),
diabetes arthritica (3 kobiety).

W czasie demonstracyj odbywała się dyskusja nietylko dotycząca poszczególnych objawów klinicznych lecz również stosowanych u pacjentów metod leczniczych. Zgromadzeni wypowiadali się obszernie o tych i innych zachwalanych ostatniemi czasy środkach przeciwreumatycznych, przyczem szczególne zaciekawienie budziło ustosunkowanie się obecnych względem również i u nas w Polsce znanej Cutivacciny. Szczepionka ta była stosowaną larga manu i dała zadawalające rezultaty. Obecni na Zjeździe anglicy referowali o nieco odmiennym sposobie dokonywania szczepień, mianowicie drogą śródskórną, co jednak nie znalazło wśród reszty zgromadzonych w Klinice uznania.

Godzi się podkreślić, że w prasie lekarskiej polskiej posiadamy dość wyczerpujące sprawozdania kliniczne z istotnie cennych wartości omawianej szczepionki, uważam przeto za zbędne szersze rozwodzenie się nad jej działaniem i stosowaniem.

Zjazd udał się znakomicie zarówno pod względem organizacyjnym, jak i doboru referatów. Również i frekwencja gości całkowicie dopisała. Wszelkie uroczystości tudzież imprezy o charakterze reprezentacyjnym, resp. towarzysko-rozrywkowym stały na wysokości zadania, zawdzięczając to w wysokiej mierze żywemu współudziałowi Prezesa Towarzystwa Hydrologicznego Bar. Prof. Koranyiego, Prof. Vamosyego oraz Dziekana Wydziału Lekarskiego Dra Varkasa. Poza stroną naukową uczestnicy mieli znakomitą sposobność zapoznania się również z rzeczywiście godnemi uwagi urządzeniami balneologicznemi tudzież zabytkami historycznemi przepięknej stolicy Węgier.

Dr. G. Raciążek (Warszawa).

HIGJENA.

Przedruk z Dz. Ust. Nr. 64 poz. 495 z r. 1929.

Rozporządzenie

Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 1 czerwca 1929 r. o organizacji dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku.

Na podstawie postanowień art. 10 ust. 4, art. 11 ust. 3 i 4, art. 15 ust. 2 i 4, art. 16 oraz art. 47 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o dozorze nad artykułami żywności i przedmiotami użytku (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343) postanawiam co następuje:

I.

Władze i organa dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku.

§ 1.

Do powiatowej władzy administracyjnej ogólnej, jako do władzy I instacji w sprawach dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku, należy w szczególności:

a) kierownictwo akcją dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku na terenie powiatu;

b) nadzór i koordynowanie działalności organów dozoru;

c) kontrola kwalifikacyj komunalnych organów nadzoru;

d) wydawanie w I instancji zarządzeń i orzeczeń w sprawach dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku;

e) wydawanie zarządzeń i orzeczeń w sprawie zajęcia artykułów żywności i przedmiotów użytku w przypadkach, przewidzianych w art. 20 ust. 1 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343);

f) wydawanie zarządzeń i orzeczeń w sprawie niszczenia artykułów żywności i przedmiotów użytku w przypadkach, przewidzianych w art. 20 ust. 3 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343);

g) zatwierdzanie zajęć, dokonanych przez organa dozoru, przewidziane w art. 21 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36, poz. 343).

O ustanowieniu w myśl postanowień art. 17 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343) komunalnych organów dozoru winny gminy oraz powiatowe związki komunalne zawiadomić powiatową władzę administracji ogólnej, podając imię i nazwisko, wiek, kwalifikacje ustanowionego funkcjonarjusza oraz obwód jego działalności urzędowej.

§ 2.

Do wojewódzkich władz administracji ogólnej należy:

a) kierownictwo akcją dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku na obszarze województwa, wydawanie w tym zakresie odpowiednich zarządzeń powiatowym władzom administracji ogólnej, nadzór nad działalnością tych władz;

b) decydowanie przy współudziale wydziału wojewódzkiego z głosem stanowczym o zakresie przewidzianego w myśl art. 17 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343), obowiązku gmin i powiatowych związków komunalnych co do utrzymywania komunalnych organów dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku;

c) rozstrzyganie odwołań od zarządzeń i orzeczeń powiatowych władz administracji ogólnej;

d) nadzór nad komunalnemi pracowniami badania żywności i przedmiotów użytku, funkcjonującemi w myśl postanowień art. 15 i 16 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343).

§ 3.

W m. st. Warszawie czynności, wymienione w § 1, należą do starostów grodzkich, w § 2 ust. a) i c) — do Komisarza Rządu m. st. Warszawy, a w § 2 ust. b) i d) — do Ministra Spraw Wewnętrznych.

§ 4.

Spełnianie czynności organów dozoru, określonych w art. 18, 19 i 20 ust. 2 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343), należy:

a) w miejscowościach, dla których zostały ustanowione, w myśl art. 17, komunalne organa dozoru — do tych organów;

b) w pozostałych miejscowościach do organów sanitarnych powiatowych władz administracji ogólnej (lekarzy urzędowych tych władz).

Organa sanitarne powiatowych władz administracji ogólnej są uprawnione do spełniania czynności organów dozoru i w tych miejscowościach, dla których zostały ustanowione komunalne organa dozoru.

§ 5.

Do spełniania czynności organów, określonych w art. 18, 19 i 20 ust. 2 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343), na całym obszarze Państwa są uprawnieni również funkcjonarjusze fachowi właściwego terytorjalnie Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku, posiadający odpowiednie upoważnienia, wydane na wniosek dyrektorów Państwowych Zakładów badania żywności i przedmiotów użytku przez wojewódzkie władze administracji ogólnej, a w m. st. Warszawie przez Komisarza Rządu.

§ 6.

Komunalnemi organami dozoru, ustanowionemi w myśl przepisów art. 17 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343), są:

a) lekarze sanitarni związków komunalnych;

b) specjalni kontrolerzy artykułów żywności i przedmiotów użytku;

c) inne organa sanitarne, posiadające kwalifikacje kontrolerów artykułów żywności i przedmiotów użytku.

§ 7.

Na żądanie stron organa dozoru winny się wylegitymować z posiadania uprawnień co do wykonywania czynności, o których mowa w art. 18, 19 i 20 ust. 2 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343).

Dowodem posiadania tych uprawnień są:

a) dla organów sanitarnych powiatowych władz administracji ogólnej (lekarzy urzędowych tych władz), komunalnych lekarzy sanitarnych i komunalnych kontrolerów artykułów żywności i przedmiotów użytku oraz dozorców sanitarnych ich legitymacje służbowe względnie zastępujące te legitymacje zaświadczenia (załącznik 1);

b) dla komunalnych organów sanitarnych, wymienionych w § 6 punkt c) niniejszego rozporządzenia, specjalne zaświadczenia, wymieniające wyraźnie prawo do wykonywania czynności dozoru (załącznik 2);

c) dla funkcjonarjuszów Państwowych Zakładów badania żywności i przedmiotów użytku — zaświadczenia, wydane przez wojewódzkie władze administracji ogólnej, a w m. st. Warszawie przez Komisarza Rządu (załącznik 3).

§ 8.

Kategorje prób, których badanie należeć będzie do właściwości poszczególnych pracowni komunalnych, ustanowionych w myśl art. 15 i 16 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343), ustali Minister Spraw Wewnętrznych.

Próby, pobrane przez organa dozoru na obszarze gmin, dla których te pracownie zostały ustanowione, powinny być kierowane do tych pracowni w granicach ustalonej, zgodnie z ust. 1 niniejszego paragrafu, właściwości rzeczowej.

Inne próby na obszarze tych gmin oraz wszelkie próby, pobrane w miejscowościach, dla których nie zostały ustanowione odpowiednie pracownie komunalne, powinny być zarówno przez państwowe, jak i komunalne organa dozoru skierowywane do terytorjalnie właściwego Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku.

Próby, pobrane przez funkcjonarjuszy fachowych Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku, powinny być kierowane do zbadania do właściwego Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku.

W przypadkach niecierpiących zwłoki organa dozoru mogą przesyłać próby do badania do terytorjalnie najbliżej położonego Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku.

§ 9.

Przy udzielaniu gminie zwolnienia od obowiązku utrzymywania własnej pracowni w myśl art. 15 ust. 5 Minister Spraw Wewnętrznych może na podstawie porozumienia zainteresowanych czynników określić warunki takiego zwolnienia w zależności od korzyści, jakie przez to otrzymuje gmina, i ciężarów, jakie z tego powodu spadają na Państwowy Zakład badania żywności i przedmiotów użytku.

II.

Państwowe Zakłady badania żywności i przedmiotów użytku.

§ 10.

Państwowe Zakłady badania żywności i przedmiotów użytku dzielą się na oddziały:

a) hydrologiczny,
b) toksykologiczny (sądowo-chemiczny),
c) nabiałowy,
d) przetworów zbożowych,
e) ogólno-badawczy,
f) administracyjny.

Minister Spraw Wewnętrznych może w miarę potrzeby tworzyć w poszczególnych zakładach nowe oddziały, lub łączyć poszczególne oddziały.

Na czele poszczególnego oddziału stoi kierujący oddziałem jeden z adjunktów zakładu, wyznaczony przez dyrektora.

§ 11.

Na czele Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku stoi dyrektor, powołany przez Ministra Spraw Wewnętrznych do kierowania całokształtem działalności zakładu oraz prowadzenia jego administracji. Dyrektor jest odpowiedzialny za całą działalność poruczonego mu zakładu.

Dyrektora zakładu zastępuje wyznaczony przez Ministra Spraw Wewnętrznych adjunkt zakładu, kierujący jednym z oddziałów.

§ 12.

Koszty postępowania administracyjnego obowiązują na zasadach, wyszczególnionych w art. 105—107 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o postępowaniu administracyjnem (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 341), zobowiązanych niezależnie od tego, czy osobami temi są władze i urzędy państwowe lub samorządowe, czy też osoby prywatne.

Zobowiązany winien na żądanie zakładu zgóry złożyć wyznaczoną przez zakład sumę kosztów postępowania.

§ 13.

Okręgi działalności poszczególnych Państwowych Zakładów badania żywności i przedmiotów użytku ustala się jak następuje:

a) dla Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku w Warszawie — okrąg, obejmujący m. st. Warszawę oraz województwa: warszawskie, białostockie, wileńskie, nowogródzkie, poleskie i wołyńskie;

b) dla Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku w Łodzi — okrąg, obejmujący województwa: łódzkie, kieleckie i lubelskie;

c) dla Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku w Krakowie — okrąg, obejmujący województwa: krakowskie, lwowskie, stanisławowskie i tarnopolskie;

d) dla Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku w Poznaniu — okrąg, obejmujący województwa: poznańskie i pomorskie.

§ 14.

Grzywny, nakładane na zasadzie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343), przypadają na obszarze okręgów sądów apelacyjnych w Warszawie i Wilnie — Państwowemu Zakładowi badania żywności i przedmiotów użytku w Warszawie; na obszarze okręgów sądów apelacyjnych w Krakowie i we Lwowie — Państwowemu Zakładowi badania żywności i przedmiotów użytku w Krakowie; na obszarze okręgów sądów apelacyjnych w Poznaiu i w Toruniu — Państwowemu Zakładowi badania żywności i przedmiotów użytku w Poznaniu; na obszarze okręgu sądu apelacyjnego w Lublinie — Państwowemu Zakładowi badania żywności i przedmiotów użytku w Łodzi.

§ 15.

Państwowe Zakłady badania żywności i przedmiotów użytku obowiązane są wypełniać żądania właściwych władz administracji ogólnej w zakresie zadań zakładu.

Zakładom tym przysługuje prawo inicjatywy co do zwracania uwagi władz administracji ogólnej na potrzebę lub konieczność wydania tych czy innych zarządzeń. Spostrzeżenia swe w tym zakresie Państwowe Zakłady badania żywności i przedmiotów użytku komunikują właściwym wojewodom, a w m. st. Warszawie — Komisarzowi Rządu.

§ 16.

Jeżeli wypadnie zakładowi uczynić doniesienie do władz wymiaru sprawiedliwości (art. 13 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej), powinien zakład równocześnie uwiadomić o dokonanem doniesieniu tę władzę, na której żądanie przeprowadzono badanie.

§ 17.

Nadzór wojewódzkich władz administracji ogólnej nad Państwowemi Zakładami badania żywności i przedmiotów użytku, o którym mowa w ust. 3 art. 11, należy do wojewody, właściwego terytorjalnie dla siedziby zakładu.

Nadzór ten obejmuje:

a) wgląd w załatwianie spraw personalnych funkcjonarjuszy zakładu;

b) prawo kontroli rachunkowej zakładu;

c) kontrolę wypełnianych przez zakład żądań władz administracji ogólnej w sprawach, dotyczących dozoru nad artykułami żywności i przedmiotami użytku.

Nadzór nad Państwowym Zakładem badania żywności i przedmiotów użytku w Warszawie należy do Ministra Spraw Wewnętrznych.

§ 18.

Właściwe władze nadzorcze, w myśl ust. 2 art. 10, punktu d) ust. 2 art. 11 oraz ust. 1 art. 15 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343), kontrolują działalność komunalnych organów fachowych, sprawujących dozór nad artykułami żywności i przedmiotami użytku, oraz komunalnych pracowni badawczych, a także instruują te organa i te pracownie za pośrednictwem Państwowych Zakładów badania żywności i przedmiotów użytku, które spełniają te funkcje na żądanie i w imieniu władz nadzorczych.

Do zadań zakładów w myśl brzmienia punktu c) art. 11 rozporządzenia Prezydenta z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343) należy szkolenie organów fachowych, wykonywujących dozór nad artykułami żywności, dozorców sanitarnych oraz funkcjonarjuszów zakładów, powołanych do pełnienia funkcji kontroli.

Szczegółowe przepisy, dotyczące kursów szkolenia oraz ich programu, zarówno jak kwalifikacje organów dozoru, wymagane do pełnienia tych czynności, określi specjalne rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych.

III.

Komunalne pracownie badania żywności i przedmiotów użytku.

§ 19.

Komunalne pracownie badania żywności i przedmiotów użytku w gminach, liczących 50.000—100.000 mieszkańców, winny mieć conajmniej 4—5 ubikacyj, w gminach powyżej 100.000 mieszkańców — 6—7 ubikacyj, urządzonych laboratoryjnie.

Pracownie te winny być zaopatrzone w gaz, wyciągi i urządzenia wodociągowe i kanalizacyjne.

Urządzenie meblowe, aparatura, szkło, odczynniki chemiczne, powinne tak co do jakości, jak ilości odpowiadać potrzebom i warunkom pracy chemiczno-badawczej z uwzględnieniem badań mikroskopowych.

Każda pracownia winna być zaopatrzona w potrzebne do prac badawczych podręczniki naukowe z właściwych gałęzi wiedzy.

Termin, do którego poszczególne gminy wiejskie (art. 15 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 343) winny zorganizować komunalne pracownie badania żywności i przedmiotów użytku, względnie zaopatrzyć je w odpowiednie urządzenia, określi w każdym poszczególnym przypadku właściwa wojewódzka władza administracji ogólnej, z którą współdziała w powyższym zakresie wydział wojewódzki z głosem doradczym.

§ 20.

Personel, funkcjonujący w pracowniach komunalnych badania żywności i przedmiotów użytku, powinien się składać z reguły: z kierownika pracowni, chemików-analityków, laboranta do spełniania pomocniczych czynności laboratoryjnych, kontrolerów żywności, personelu kancelaryjnego i służby.

Kwalifikacje, które winien posiadać fachowy personel pracowni, określi specjalne rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych.

§ 21.

Komunalne pracownie badania żywności i przedmiotów użytku obowiązane są składać wojewodzie, którego nadzorowi podlegają, za pośrednictwem właściwych zarządów gmin miejskich kwartalne oraz roczne sprawozdania ze swej działalności. Sprawozdania te wojewoda przedkłada Ministrowi Spraw Wewnętrznych wraz z odpowiedniemi wnioskami.

Pracownia m. st. Warszawy składa te sprawozdania wprost Ministrowi Spraw Wewnętrznych.

§ 22.

Na żądanie wojewody dyrektor właściwego terytorjalnie Państwowego Zakładu badania żywności i przedmiotów użytku przeprowadza kontrolę działalności pracowni.

Kontrolę pracowni m. st. Warszawy zarządza Minister Spraw Wewnętrznych.

Kontrola winna się odbywać conajmniej raz do roku.

Sprawozdania z przeprowadzonej kontroli wraz z wnioskami dyrektor zakładu składa właściwemu wojewodzie oraz Ministrowi Spraw Wewnętrznych, a w odpisie przesyła właściwemu zarządowi gminy do wiadomości.

§ 23.

Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia. Jednocześnie tracą moc obowiązującą wszystkie dotychczasowe przepisy, wydane w sprawach, unormowanych niniejszem rozporządzeniem, a z niem sprzeczne.

Minister Spraw Wewnętrznych: (—) *Sławoj Składkowski.*

SPRAWY ZAWODOWE.

Rozporządzenie Ministra Wyznań Relig. i Ośw. Publicz. z dnia 16 marca 1928 roku w sprawie organizacji studjów lekarskich w uniwersytetach państwowych.

Na mocy artykułu 114 ustawy z dnia 13 lipca 1920 r. o szkołach akademickich (Dz. U. R. P. Nr. 72 poz. 494) po wysłuchaniu opinji Wydziałów Lekarskich uniwersytetów państwowych zarządzam w sprawie organizacji studjów lekarskich we wszystkich Uniwersytetach państwowych co następuje:

I. Warunki przyjęcia na studja.

§ 1. Warunkiem przyjęcia na pierwszy rok studjów lekarskich jest posiadanie kwalifikacyj, oznaczonych w art. 75 ustawy z dnia 13 lipca 1920 r. o szkołach akademickich.

W razie ograniczenia liczby przyjmowanych studentów na podstawie art. 86 tejże ustawy Rada Wydziałowa może ustanowić egzamin wstępny.

Warunkiem przyjęcia na drugi względnie trzeci rok studjów jest pomyślny wynik przejściowych (promocyjnych) grup egzaminów, składanych po ukończeniu pierwszego względnie drugiego roku studjów.

§ 2. Przenoszenie się z jednego Uniwersytetu polskiego do innego, jakoteż zapisywanie się na studja lekarskie w ciągu roku akademickiego, jest dopuszczalne w przypadkach szczególnie godnych uwzględnienia.

II. Czas trwania i podział ogólny studjów.

§ 3. Studja lekarskie trwają pięć lat i jeden kwartał, czyli 16 trimestrów. Każdy rok dzieli się na trzy trimestry, trwające razem trzydzieści tygodni.

W każdym roku studjów pierwszy trimestr trwa od 1 października do 15 grudnia. Drugi rozpoczyna się 8 stycznia i jest rozdzielony czterotygodniowemi ferjami wielkanocnemi, zaczynającemi się dwa tygodnie przed Niedzielą Wielką, od trzeciego, który trwa do końca czerwca.

Ze względu na terminy egzaminów przejściowych (promocyjnych) wszystkie wykłady i ćwiczenia kończą się w trimestrze III studjów dnia 15 czerwca, w trimestrze zaś VI — dnia 31 maja.

§ 4. Pierwsze dwa lata studjów mają ściśle oznaczony program i porządek wykładów i ćwiczeń. Dla lat wyższych Dziekan Wydziału ogłasza wskazówki, dotyczące porządku, w jakim najkorzystniej zapisywać się na wykłady i ćwiczenia.

§ 5. Rozdział wykładów i ćwiczeń na poszczególne trimestry pierwszych dwu lat studjów ustanawiają Rady Wydziałowe. Zmniejszenie liczby godzin w trimestrze III i IV ma studentom ułatwić przygotowanie się do egzaminów przejściowych. Podany w § 6 wykaz ustala najmniejszy wymiar godzin wykładów i ćwiczeń, które profesorowie są obowiązani prowadzić w ciągu studjum. Wymiar ten Rada Wydziałowa może powiększyć, jednakże nie może przesuwać wykładów i ćwiczeń z I roku na II i odwrotnie.

§ 6. Plan ogólny wykładów i ćwiczeń obowiązkowych oraz wymiar ich godzin jest następujący:

I. Rok studjów (trimestry I, II i III).

Fizyka	80 godz.
Ćwiczenia z fizyki	40 „
Chemja ogólna	120 „
Ćwiczenia z chemji ogólnej	120 „
Anatomja opisowa	150 „
Ćwiczenia z anatomji opisowej	170 „
Histologja prawidłowa	30 „
Ćwiczenia z histologji prawidłowej	30 „
Embrjologja	40 „
Propedeutyka lekarska	20 „
Razem	800 godz.

II. Rok studjów (trimestry IV, V i VI).

Chemja fizjologiczna	100 godz.
Ćwiczenia z chemji fizjologicznej	60 „
Fizjologja	120 „
Ćwiczenia z fizjologji	40 „
Histologja prawidłowa	40 „
Ćwiczenia z histologji prawidłowej	60 „
Biologja i parazytologja	80 „
Ćwiczenia z anatomji prawidłowej (w tem ćwiczenia z anatomji układu nerwowego 20 godz.)	240 „
Razem	740 godz.

Uwaga: Wykłady z fizjologji mogą być rozpoczęte już w III trimestrze I roku.

III. Wyższe lata studjów (trimestry VII do XVI).

Patologja ogólna i doświadczalna	100 godz.
Anatomja topograficzna	40 „
Anatomja patologiczna	150 „
Ćwiczenia z anatomji patologicznej	90 „
Ćwiczenia z historji patologicznej	90 „
Mikrobiologja i serologja	70 „
Ćwiczenia z mikrobiologji i serologji	60 godz.
Ćwiczenia z farmakologji	30 „
Higjena ogólna i społeczna	80 „
Ćwiczenia z higjeny	20 „
Medycyna sądowa (wykład i ćwiczenia)	120 „
Klinika chorób wewnętrznych (wraz z propedeutyką chorób wewnętrznych, fizyko-terapją i chorobami zakaźnemi)	500 „
Ćwiczenia w zakresie praktyki w chorobach wewnętrznych	350 „
Klinika chirurgiczna	300 „
Praktyka w klinice chirurgicznej	150 „
Kurs operacyjny	30 „
Ortopedja	30 „
Klinika położniczo-ginekologiczna (nie może przypadać równocześnie ani z wykładami, ani z ćwiczeniami anatomji topograficznej, anatomji i histologji patologicznej, lub medycyny sądowej	300 „
Internat w klinice położniczo-ginekologicznej bez względu na ferje międzytrimestralne i główne do	3 tygodni
Klinika pedjatryczna	120 godz.
Klinika neurologiczna i psychjatryczna	160 „
Klinika dermatologiczna i wenerologiczna	120 „
Klinika okulistyczna	100 „
Klinika oto-rino-laryngologiczna	70 „
Praktyka w klinice oto-rino-laryngologicznej	30 „
Stomatologja (wraz z ćwiczeniami)	80 „
Radjologja	30 „
Razem	3.290 godz.
	i 3 tygodnie internatu położniczego.

§ 7. Wszystkie wykłady i zajęcia praktyczne, wymienione w § 6 są obowiązkowe.

§ 8. Prócz wykładów i ćwiczeń obowiązkowych odbywają się wykłady i ćwiczenia nieobowiązkowe. Rada Wydziałowa oznacza, które z tych wykładów i ćwiczeń nieobowiązkowych mają być studentom zalecone. W każdym jednak razie do zaleconych należą: antropologja 20 godzin; historja i filozofja medycyny wraz z seminarjum — 80 godzin, psychologja z uwzględnieniem potrzeb psychjatrji — 20 godzin, djagnostyka anatomo-patologiczna — 30 godzin, chirurgja ogólna — 30 godzin, ćwiczenia w operacjach położniczych na fantomach — 40 godzin, fizjologja ciąży, porodu i połogu 40 godzin.

§ 9. Z przedmiotów obowiązkowych propedeutycznych wykłada profesor historji medycyny, o ile katedra ta istnieje w danym Wydziale. Inne przedmioty obowiązkowe i przedmioty zalecone, o ile Wydział nie ma osobnych dla nich katedr, wykładają na polecenie Rady Wydziałowej profesorowie lub docenci Wydziału Lekarskiego, lub innego za wynagrodzeniem, płatnem od liczby godzin wykładów lub ćwiczeń w każdym trimestrze.

III. Zaliczenie studjów.

§ 10. Jako studja prawidłowe zalicza się:

a) Pierwszy względnie drugi rok studjów, jeżeli student wysłuchał wszystkich wykładów i odbył wszystkie ćwiczenia, obowiązujące w tych latach, oraz złożył pomyślnie pierwszy egzamin (ob. § 12) po zaliczalnych trzech trimestrach drugi egzamin po zaliczalnych sześciu trimestrach.

b) Siódmy i dalsze trimestry, jeżeli student w każdym z nich wysłuchał conajmniej dwieście godzin obowiązkowych.

§ 11. Absolutorjum otrzymuje student, jeżeli przebył szesnaście zaliczalnych trimestrów, wysłuchał wszystkich obowiązkowych wykładów i odbył wszystkie obowiązkowe ćwiczenia, wymienione w § 6 oraz złożył pomyślnie pierwszy i drugi egzamin.

IV. Egzaminy.

§ 12. Wszystkie egzaminy tworzą następujące siedem grup:

I grupa egzaminów (promocyjna), po pierwszym roku:
1) fizyka, 2) chemja ogólna.

II grupa egzaminów (promocyjna), po drugim roku:
1) anatomja opisowa, 2) histologja prawidłowa, 3) fizjologja, 4) chemia fizjologiczna, 5) biologja.

Wiadomości z embrjologji sprawdza, stosownie do uchwały Rady Wydziałowej bądź egzaminator biologji, bądź egzaminator histologji, bądź wreszcie egzaminator anatomji.

III grupa egzaminów, w drugiej połowie XII trimestru, lub później:

1) mikrobiologja i serologja, 2) farmakologja lub patologja ogólna.

IV grupa egzaminów po absolutorjum:

1) anatomja patologiczna, 2) farmakologja lub patologja ogólna, zależnie od tego, którego z tych przedmiotów nie złożono w III grupie egzaminów.

V grupa egzaminów, po złożeniu IV grupy:

1) medycyna wewnętrzna, 2) pedjatrja, 3) psychjatrja z neurologją, 4) dermatologja z wenerologją.

VI grupa egzaminów, po złożeniu V grupy:

1) chirurgja, 2) okulistyka, 3) otologja, rinologja i laryngologja, 4) położnictwo i ginekologja.

Wiadomości z zakresu stomatologji, radjologji względnie ortopedji, sprawdza przy egzaminie z chirurgji koegzaminator jednego z tych przedmiotów, wyznaczony z kolei niestałej (zmiennej) przez Dziekana lub przewodniczącego Komisji egzaminacyjnej na podstawie Rady Wydziału.

VII grupa egzaminów, po złożeniu VI grupy:

1) medycyna sądowa, 2) higjena.

Egzaminy z fizyki, chemji ogólnej, biologji, farmakologji, patologji ogólnej, medycyny sądowej i higjeny są teoretyczne, wszystkie inne teoretyczno-praktyczne.

§ 13. Stopnie egzaminu są cztery: celujący, dobry, dostateczny i niedostateczny.

§ 14. Do pierwszej grupy egzaminów kandydat może być dopuszczony tylko wtedy, jeżeli wysłuchał wszystkich wykładów obowiązkowych i odbył wszystkie obowiązkowe ćwiczenia pierwszych trzech trimestrów studjów. Egzaminy tej grupy, studenci obowiązani są złożyć z końcem pierwszego roku studjów. Oba przedmioty muszą być składane przed wakacjami letniemi. Okresem egzaminacyjnem jest czas od 20 czerwca do 7 lipca. W ramach tego okresu Dziekan lub przewodniczący komisji wyznacza ściślejszy termin egzaminów.

Powyższy wynik pierwszej grupy egzaminów jest warunkiem przejścia na drugi rok studjów. W razie niedostatecznego stopnia z jednego lub obu przedmiotów, kandydat może powtórzyć egzaminy w okresie między 1 a 10 października tego samego roku kalendarzowego. Stopień niedostateczny z obu przedmiotów egzaminu poprawczego odbiera kandydatowi prawo do dalszych studjów lekarskich. W razie otrzymania stopnia niedostatecznego z jednego przedmiotu kandydat może prosić Radę Wydziałową o pozwolenie powtórzenia pierwszego roku studjów. Od rozstrzygnięcia Rady niema odwołania. Niepomyślny wynik egzaminu po powtórzonym roku pierwszym, choćby z jednego przedmiotu, odbiera prawo do dalszych studjów lekarskich.

§ 15. Do drugiej grupy egzaminów kandydat może być dopuszczony tylko wtedy, jeżeli wysłuchał wszystkich wykładów obowiązkowych i odbył wszystkie ćwiczenia obowiązkowe pierwszych sześciu trimestrów oraz złożył pomyślnie pierwszą grupę egzaminów. Drugą grupę egzaminów studenci obowiązani są złożyć z końcem drugiego roku studjów. Okresem egzaminacyjnym jest czas od 7 czerwca do 8 lipca. W ramach tego okresu Dziekan lub przewodniczący Komisji wyznacza ściślejszy termin egzaminów.

Pomyślny wynik całej drugiej grupy egzaminów jest warunkiem przejścia na trzeci rok studjów. W razie stopnia niedostatecznego ze wszystkich pięciu przedmiotów tej grupy, kandydat traci prawo do egzaminu poprawczego i musi powtórzyć drugi rok studjów.

W razie otrzymania stopnia niedostatecznego z mniejszej liczby przedmiotów (z czterech, trzech, dwu lub jednego) kandydat może powtórzyć egzamin z tych przedmiotów w okresie między 25 września a 10 października tego samego roku kalendarzowego. Wynik pomyślnego egzaminu poprawczego uprawnia do przejścia na trzeci rok studjów. Jeżeli jednak przy egzaminie poprawczym kandydat otrzyma stopień niedostateczny choćby z dwu tylko przedmiotów, musi powtórzyć cały drugi rok i z końcem roku składać ponownie całą drugą grupę egzaminów promocyjnych, przyczem wtedy wynik niepomyślny choćby z jednego przedmiotu pozbawia go praw do dalszych studjów lekarskich. W razie natomiast niepomyślnego wyniku jesiennego egzaminu poprawczego, t. j. pierwszego poprawczego z jednego tylko przedmiotu, kandydat może powtórzyć ten egzamin raz jeszcze, jednak najdalej do końca października tego samego roku kalendarzowego. Niepomyślny wynik tego egzaminu (drugiego poprawczego) zmusza kandydata do powtórzenia drugiego roku studjów.

§ 16. Kandydatom, którzy wskutek udowodnionych niepokonalnych przeszkód (np. choroby obłożne i t. p.) nie mogli przystąpić do egzaminów grupy pierwszej lub drugiej w terminie właściwym, może Rada Wydziału odłożyć egzamin na okres jesiennych egzaminów poprawczych. Egzaminy poprawcze w tym wypadku odbywają się na zasadach, ustalonych w § 15 najpóźniej w końcu października tego samego roku kalendarzowego.

§ 17. Warunkiem dopuszczenia do trzeciej grupy egzaminów t. j. do egzaminów z mikrobiologji, serologji i farmakologji, albo mikrobiologji z serologją i patologji ogólnej, jest pomyślny wynik drugiej grupy egzaminów, oraz ukończenie conajmniej jedenastu zaliczalnych trimestrów z wysłuchaniem przedmiotów, z których się składa trzecia grupa egzaminów. Tę trzecią grupę wolno składać już w drugiej połowie dwunastego trimestru (w końcu IV roku studjów). Oba egzaminy tej trzeciej grupy muszą być złożone w ciągu dwu dni, następujących bezpośrednio po sobie.

W razie niepomyślnego wyniku egzaminu z jednego, czy z obu przedmiotów ,kandydat może powtórzyć ten egzamin z jednego względnie obu przedmiotów dopiero po absolutorjum.

§ 18. Warunkiem dopuszczenia do IV grupy egzaminów jest pomyślny wynik trzeciej grupy egzaminów i uzyskanie absolutorjum. Warunkiem zaś dopuszczenia do piątej, szóstej i siódmej grupy egzaminów, jest, oprócz absolutorjum, pomyślny wynik czwartej, względnie szóstej grupy egzaminów. Oba przedmioty czwartej grupy egzaminów kandydat musi złożyć w ciągu dwu dni, bezpośrednio następujących po sobie. W grupie piątej i szóstej muszą wszystkie egzaminy każdej z tych grup być składane w ciągu czterech tygodni, grupa siódma zaś w ciągu jednego dnia.

W razie otrzymania niedostatecznego stopnia z jednego lub kilku przedmiotów czwartej, piątej, szóstej lub siódmej grupy egzaminów kandydat może przystąpić do egzaminu poprawczego z tych przedmiotów dopiero po przystąpieniu do egzaminów z reszty przedmiotów danej grupy, a mianowicie: jeżeli miał stopień niedostateczny z jednego przedmiotu — najwcześniej w cztery tygodnie po pierwotnym egzaminie z tego przedmiotu, jeżeli zaś miał stopień niedostateczny z dwu lub kilku przedmiotów — najwcześniej w cztery tygodnie po pierwotnym egzaminie z ostatniego przedmiotu danej grupy egzaminacyjnej.

W razie niepomyślnego wyniku egzaminu poprawczego może kandydat składać egzamin po raz trzeci, jednakże tylko na wniosek egzaminatora. Wyjątkowo kandydat może być dopuszczony po raz czwarty do egzaminu, lecz tylko za zezwoleniem Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego na wniosek Rady Wydziału.

Egzaminy poprawcze muszą być ukończone w tych samych odstępach czasu, które są przepisane dla poszczególnych grup egzaminów pierwotnych. (Egzaminy poprawcze grupy trzeciej i czwartej w dwu dniach, grupy piątej i szóstej w cztery tygodnie, grupy siódmej w jednym dniu).

§ 19. Egzaminy nieukończone w ciągu powyżej wymienionych okresów (§§ 14, 15, 17 i 18) są nieważne, a kandydat musi w takim razie składać na nowo egzamin ze wszystkich przedmiotów, objętych daną grupą egzaminów. Jeżeli kandydat nie ukończył egzaminów danej grupy w przepisanym okresie wskutek udowodnionych przeszkód niepokonalnych wówczas Komisja egzaminacyjna może odwołać się do Rady Wydziału.

§ 20. Egzaminy grupy trzeciej, czwartej, piątej, szóstej i siódmej odbywają się w ciągu całego roku akademickiego (1 października do 30 czerwca) z wyjątkiem wakacyj międzytrimestralnych. W czasie tych wakacyj międzytrimestralnych wolno jednak wyjątkowo poszczególnym egzaminatorom egzaminować za zgodą Dziekana. W takim razie może egzaminować tylko właściwy egzaminator, nie może zaś egzaminować zastępca.

§ 21. Wszystkie egzaminy muszą być złożone najpóźniej w ciągu trzech lat od uzyskania prawa do absolutorjum. Jeżeli upłynie więcej niż trzy lata od tej chwili, Rada Wydziału może oznaczyć warunki dopuszczenia kandydata do egzaminów.

§ 22. Wszystkie przedmioty poszczególnych grup egzaminów musi kandydat złożyć w tym samym uniwersytecie. Natomiast grupa egzaminów, złożona w całości pomyślnie na jednym z wydziałów lekarskich, jest ważna we wszystkich uniwersytetach polskich i dalsze grupy mogą być składane w innym uniwersytecie, jednakże za zgodą obu Rad Wydziałowych. Poszczególnych przedmiotów tej samej grupy nie wolno składać w różnych uniwersytetach.

§ 23. Egzaminom przewodniczy Dziekan lub przewodniczący, wyznaczony na jego wniosek przez Radę Wydziału Lekarskiego. Dziekan lub przewodniczący wyznacza ściślejszy termin i miejsce egzaminu. Egzaminatorami są z urzędu profesorowie, wykładający dany przedmiot, przedewszystkiem zwyczajni. Jeżeli Wydział posiada więcej niż jedną katedrę zwyczajną tego samego przedmiotu, wtedy Dziekan wyznacza egzaminatorów naprzemian z pośród

profesorów tego przedmiotu. W razie potrzeby Dziekan powołuje zastępcę egzaminatora bądź z pośród profesorów przedmiotów pokrewnych, bądź z pośród docentów przedmiotu egzaminacyjnego.

W egzaminie poprawczym egzaminuje zasadniczo ten sam egzaminator, co w egzaminie pierwotnym, jednakże Dziekan może w razach wyjątkowych wyznaczyć zastępcę, prócz przypadku, przewidzianego w § 20.

§ 24. Szczegółowe przepisy egzaminacyjne (regulamin) uchwala Rada Wydziału, a po przyjęciu do wiadomości przez Senat akademicki zatwierdza Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

§ 25. Rada Wydziału może wprowadzić kollokwia, jako warunek uzyskania stypendjów i ulg w opłatach.

§ 26. Po złożeniu wszystkich przepisanych egzaminów kandydaci otrzymują dyplom lekarski, który stanowi dowód ukończenia studjów uniwersyteckich i uprawnia do ubiegania się o stopień doktora medycyny.

Przy wręczeniu dyplomu lekarskiego kandydaci składają pisemne przyrzeczenie lekarskie treści przepisanej.

V. Doktorat.

§ 27. Warunki uzyskania stopnia doktora medycyny są następujące:

1) dyplom lekarski,

2) dowód przesłuchania 20 godzin antropologji, 20 godzin psychologji, 40 godzin historji i filozofji medycyny i odbycia 20 godzin seminarjum historji medycyny,

3) egzamin z historji medycyny,

4) rozprawa doktorska w zakresie jednego z przedmiotów, wykładanych na Wydziałach Lekarskich, uznana przez Radę Wydziału za godną druku na zasadzie wniosku dwu referentów,

5) egzamin ścisły doktorski z dziedziny przedmiotu, w którego zakres wchodzi rozprawa doktorska. Jeżeli przedstawiona rozprawa jest z zakresu historji i filozofji medycyny, to egzamin ten odbywa się z przedmiotu, który wyznacza Rada Wydziału. Egzamin ścisły odbywa się przed Komisją, złożoną z dwu członków Wydziału. pod przewodnictwem Dziekana.

§ 28. Szczegółowe przepisy o uzyskaniu stopnia doktorskiego określa osobne rozporządzenie Ministra Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

VI. Postanowienia przejściowe.

§ 29. Niniejsze rozporządzenie obowiązuje od początku roku akademickiego 1928/29, a studenci, którzy przed tym terminem pomyślnie złożyli przedmioty dotychczasowych egzaminów promocyjnych, będą zwolnieni od tych przedmiotów przy egzaminach grupy III, IV, V, VI i VII. ustanowionych § 12 niniejszego rozporządzenia.

W terminie tracą moc obowiązującą rozporządzenia z dnia 18. X. 1920 r. Nr. 8491 — IV/20. (Dz. Urz. Ministerstwa W. R. i O. P. Nr. 22 poz. 141) oraz z dnia 15. V. 1924 r. Nr. 4380 — IV/24).

Warszawa, dnia 16 marca 1928 r.
(Nr. IV-S-W-2500/28).

Minister Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego
(—) *Dobrucki.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Rozstrzygnięcie konkursu im. G. Piramowicza. Komitet konkursu im. Grzegorza Piramowicza, wyłoniony przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie dla nagrodzenia najlepszej pracy z jakiegokolwiekbądź działu higjeny szkolnej, wydanej lub nadesłanej Towarzystwu w roku 1929, przyznał nagrodę Dr. Kazimierzowi Zgórskiemu ze Lwowa, za wydany w roku bieżącym podręcznik Higjeny dla szkół średnich. Komitet podkreślił umiejętne ujęcie przedmiotu z nastawieniem ucznia, jego umysłu, uczucia i woli, na wykonanie praktyk higjenicznych, co stanowić winno główny cel nauczania higjeny. Sąd konkursowy stanowili: wiceprezes Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego prof. Dr. L. Paszkiewicz, ofiarodawca konkursu Dr. St. Kopczyński, delegat Zarządu Stowarzyszenia nauczycieli szkół średnich i wyższych dyrektor P. Sosnowski i delegat Zarządu Związku nauczycielstwa szkół powszechnych — p. A. Dargielowa.

Konferencja przedstawicieli Izb Lekarskich. W dniach 24 i 25 listopada r. b. z inicjatywy zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej odbyła się w sali Rady Miejskiej konferencja przedstawicieli Izb Lekarskich z następującym programem: 1) Przemówienie Pana Ministra Pracy i Opieki Społecznej. 2) Przemówienie Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej. 3) Oparcie działalności Kasy chorych na czynniku lekarskim. 4) Podniesienie kwalifikacyj fachowych lekarzy Kas chorych. 5) Powiększenie zaufania ubezpieczonych do lecznictwa kasowego i udostępnienie pomocy lekarskiej ubezpieczonym. 6) Nawiązanie współpracy Kas chorych z Wydziałami lekarskiemi i Zakładami leczniczemi.

Na konferencję przybyło około 800 lekarzy; z pośród których wielu wypowiadało dezyderaty, mające na celu reformy w prowadzeniu Kas Chorych. Dezyderaty te mają być wzięte pod uwagę przez odpowiednie władze.

Posiedzenie Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej. Dnia 28 b. m. odbyło się uroczyste posiedzenie Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej, poświęcone pamięci prof. Rafała Radziwiłłowicza, który był założycielem i pierwszym prezesem wymienionego Towarzystwa. Wygłosili przemówienia: p. Andrzej Strug: O całokształcie działalności Rafała Radziwiłłowicza, i kol. Wilhelm Knappe: O Radziwiłłowiczu jako prezesie Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej.

Częstochowa.

Odznaczenie czasopisma „Czystość". Powszechna Wystawa Krajowa w Poznaniu przyznała „Czystości" redagowanej przez Lekarza-Dentystę Michała Grejnieca, za współpracę z Wystawą — Dyplom Uznania.

Kraków.

I Zjazd Położnych Województwa Krakowskiego odbył się dnia 10 grudnia 1929 r. w Krakowie, w lokalu Towarzystwa Lekarskiego, ul. Radziwiłłowska l. 4. Porządek dzienny: Dnia 10 grudnia o godzinie 9, msza św. w kościele św. Mikołaja. O godzinie 10-tej: 1) Powitanie Zjazdu i wybór prezydjum Zjazdu. 2) Sprawozdanie z działalności Zarządu i postępu ruchu organizacyjnego. 3) Sprawozdanie delegatki z wyjazdu na zjazdy w Poznaniu i Warszawie. 4) Część referatowa: referaty P. T. Lekarzy i Położnych. 5) Wnioski Zarządu Głównego i Oddziałów. 6) Dyskusja. 7) Wybór Władz Stowarzyszenia na r. 1930. 8) Zamknięcie Zjazdu.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XXVIII posiedzenie naukowe odbyło się dnia 6 grudnia b.r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. W. Czernecki: W sprawie leczenia marskości przerostowej wątroby (wykład); 2) Kol. Fels: Wynurzenia z deontologji lekarskiej (wykład). W dyskusji zabierali głos Kol. Nowicki, Ziembicki, Bikeles, Zieliński, Szumski, Lenartowicz.

Jubileusz Dr. Wilhelma Piseka we Lwowie. Ku uczczeniu jubileuszu 50-lecia doktoratu Dr. Wilhelma Piseka odbyła się uroczysta akademja, w której uczestniczyli przedstawiciele świata lekarskiego z profesorami Uniw. J. K. na czele, władze rządowe z wojewodą hr. Gołuchowskim i samorządowe z komisarzem p. o. prezyd. rektorem Nadolskim, prezydjum Izby Lekarskiej, z prof. Dr. Nowickim, miejski urząd zdrowia z Dr. Dolińskim, dyrektor państwowego szpitala powsz. Dr. Pohorecki, prezes Sądu Izby Lek. Dr. Lachowicz, reprezentacja zarządu gminy izr., przedstawiciele towarzystw naukowych, instytucyj i stowarzyszeń społecznych.

Po odśpiewaniu kantaty przez chór przemówił imieniem Rady szpitalnej Dyr. Dr. Meisels przedstawiając zasługi jubilata, jako lekarza ofiarnego, jako pracownika naukowego, jako działacza społecznego w ciągu 34 lat w Radzie miasta, jako obywatela poświęcającego się dla dobra miasta i kraju, którego jest i był synem najlepszym. Na zakończenie odsłonił mowca plakietę pamiątkową z biustem jubilata, ofiarowaną przez lekarzy szpitalnych dla kancelarji jubilata.

Prezes Chajes przedstawił w pięknym historycznym rysie sylwety dawnych zasłużonych w Polsce lekarzy sławiąc jubilata jako godnego następcę tych świetnych wzorów.

Imieniem miasta złożył jubilatowi w pięknem przemówieniu wyrazy gorącego uznania za pracę lekarską, za zasługi dla miasta Lwowa, — Komisarz Rządu prof. rektor Nadolski.

Imieniem Izby lekarskiej przemówił naczelnik prof. Dr. Nowicki za ofiarną pracę w Izbie i w Sądzie Izby, podnosząc wysokie poczucie etyczne jubilata, bezstronność i sprawiedliwość obok wyrozumiałości.

Prof. Rencki imieniem Tow. lekarzy byłej Galicji jako macierzy, imieniem Tow. lekarskiego lwowskiego i imieniem Tow. internistów polskich w gorących słowach składa hołd pracy półwiekowej jubilata, poświęcającego się niezmordowanie ukochanej przez siebie nauce lekarskiej i szczytnie pojętemu posłannictwu lekarza polskiego.

Naczelnik wydziału zdrowia Miasta Lwowa Dr. Doliński wskazuje na zasługi jubilata dla zdrowotności miasta, na projekt reformy służby zdrowia, na kilkudziesięcioletnią obronę spraw sanitarnych w pełnej Radzie miasta, za co należy się jubilatowi gorąca podzięka.

Imieniem redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej dziękuje dyrektor Dr. Krzyżanowski za ciągłą, szczerą i nieustającą współpracę i sympatję, jaką darzy Polską Gazetę Lekarską.

Dr. Krzemicki w pięknem, głęboko odczutem przemówieniu przypomina długoletnią prace jubilata w Poliklinice lwowskiej, przed objęciem obowiązków prymarjusza.

Dr. Lipiński prymarjusz państwowego szpitala powsz. imieniem Związku lekarzy Państwa polskiego składa jubilatowi życzenia gorące szerokich rzesz lekarskich.

Dr. Blatt imieniem uczniów i młodych lekarzy dziękuje jubilatowi, który dla nich był zawsze idealnym przewodnikiem i wzorem niedoścignionym lekarza, nauczycielem, i opiekunem.

Imieniem Tow. ratunkowego dziękuje Dr. Notz jubilatowi jako jednemu z założycieli Tow. ratunkowego za długoletnią współpracę w towarzystwie.

Po przemówieniach odczytano długi szereg telegramów gratulacyjnych, listów, między innemi od dziekana Wydziału Lek. Uniw. Jagiell., od redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej, która osobny numer (42) poświęciła jubilatowi, od szeregu lekarzy z całej Polski, od wdzięcznych pacjentów i t. d.

Wzruszony jubilat nawiązując do przepięknych słów w odnowionym dyplomie, uczynił porachunek tego wszystkiego, co usiłował zdziałać w ciągu pół wieku, przechodząc kolejno okresy życia i pracy od lat najmłodszych. Pracując i ucząc się nieprzerwanie pragnął być dla chorych lekarzem dobrym, dla nauki ukochanej w miarę sił choć skromnym pracownikiem, dla swej ojczyzny Polski synem i sługą najwierniejszym.

Przemówienie nagrodzone niemilknącemi oklaskami uczyniło na obecnych głębokie wrażenie.

Uroczystość zakończyła kantata odśpiewana przez chór.

Z kraju.

Ruch służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia za miesiąc październik 1929 r.

W Zarządzie Centralnym. — Mianowani: Alszerówna Zofja, rejestratorem w IX st. sł. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych w Warszawie z dniem 1. X. 1929 r.

W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia. — Mianowani: Dr. Glatzel Jan, starszy asystent kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, do odwołania prymarjuszem w VII st. sł. w Państwowym Szpitalu św. Łazarza w Krakowie dekretem z dnia 12. X. 1929 r. — Przeniesieni w stan nieczynny: Jamioła Władysław, urzędnik VII st sł. w Państwowym Zakładzie Zdrojowym w Ciechocinku, uchwałą Rady Ministrów z dnia 25. X. 1929 roku na podstawie art. 54 ustawy z dnia 17. II. 1922 r. o państwowej służbie cywilnej dekretem z dnia 28. X. 1929. — Dr. Bednarz Józef, Dyrektor Państwowego Zakładu psychjatrycznego w Kulparkowie w V st. sł., uchwała Rady Ministrów z dnia 25. X. 1929 na podstawie art. 54 ustawy z dnia 17 lutego 1922 r. o państwowej służbie cywilnej dekretem z dnia 28. X. 1929 r. — Dr. Lipski Kazimierz, urzędnik w V st. sł. w Tymczasowym Wydziale Samorządowym w likwidacji we Lwowie, uchwała Rady Ministrów z dnia 17. II. 1922 r. o państwowej służbie cywilnej dekretem z dnia 29. X. 1929 r.

We Władzach II instancji — Mianowani: Zawidzki Józef Wiktor, pracownik kontraktowy VI grupy uposażenia w Urzędzie Wojewódzkim w Łucku, do odwołania inspektorem farmaceutycznym w VI st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Łucku dekretem z dnia 15. X. 1929 r. — Dr. Stembrowicz Kazimierz, lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Grodzisku, inspektorem lekarskim w VII st. sł. w Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy dekretem z dnia 21. X. 1929 r. — Dr. Orszulok Paweł, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII st. sł. w Katowicach, do odwołania Naczelnikiem Wydziału w VII st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach dekretem z dnia 24. X. 1929 r. — Przeniesieni w stan spoczynku: Dr. Taraszkiewicz Edmund, inspektor lekarski w VI st. sł. w Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy, na własną prośbę w myśl art. 28 ustawy emerytalnej z dnia 11. XII. 1923 r. z dniem 31. X. 1929 r.

We Władzach I instancji. — Mianowani: Dr. Besser Michał, pracownik kontraktowy w Poleskim Urzędzie Wojewódzkim, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Pińsku dekretem z dnia 26. X. 1929 r. — Zwolnienie: Dr. Galinowski Aleksander, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Oszmianie, z dniem 31. X. 1929 na zasadzie art. 62 ustawy o państwowej służbie cywilnej. — Dr. Zieliński Stanisław, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Pińsku, z dniem 31. X. 1929 na zasadzie art. 62 ustawy z dnia 17. II. 1922 r. o państwowej służbie cywilnej. — Przeniesieni: Dr. Rybiński Aleksander, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII stopniu służbowym w Starostwie powiatowem w Wieluniu, z dniem 1. X. 1929 na stanowisko prowizorycznego lekarza powiatowego w Starostwie we Włodawie. — Dr. Godlewski Feliks, lekarz powiatowy w VII st. sł. we Włodawie, z dniem 1. X. 1929 r. na stanowisko lekarza powiatowego w VII st. sł. we Włocławku. — Dr. Juchtman Maurycy, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Krzemieńcu, z dniem 31. X. 1929 na stanowisko prowizorycznego lekarza powiatowego w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Wierzbniku.

Redakcja otrzymała.

Dziennik urzędowy Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, nr. 12, z 10 listopada 1929 r.

Henryk Brokman: „Badania nad patogenezą płonicy“. Odb. z „Medycyny doświadczalnej i społecznej“, tom X, zeszyt 1—2, rok 1929.

Le monde médical, numéro 759, 1-er novenıber 1920 et 757, 1-er octobre 1929.

Kronika Izby Lekarskiej Lwowskiej, organ urzędowy Izby, rok I, nr. 1, z listopada 1929.

G. H. Reger: „Traité de physiologie normale et pathologique. Tome VIII. Physiologie musculaire chaleur animale. Masson et Cie. Paris.

G. Roussy, R. Leroux et M. Wolf: „Le cancer“. Nouveau traité de médecine, fascicule V, tome II. Masson et Cie. Paris.

F. Henrijean: „Le coeur“. Les medicaments cardiaques et l'électrocardiogramme. Masson et Cie. Paris 1929.

Stef. Sterling-Okuniewski: „De la dilatation idiopathique de l'oesophage“. Odb. z Archives des maladies de l'appareil digestif. Tom XIX, nr. 6, juni 1929.

Stef. Sterling-Okuniewski: „Wrażenia z wycieczki naukowej zagranicę. Odb. z Lekarza wojskowego. Tom XIV, nr. 6.

Kazimierz Połtowicz: „Zdrojowisko Wysowa“. Szkic z cyklu notat o niewyzyskanych bogactwach krajowych z uwzględnieniem zastosowania tych wód przy enteroptozie.

Lucjan Regmunt-Sobieszczański: „Spożycie cukru a cukrzyca oraz jej leczenie w zdrojowiskach krajowych“. Odb. z czas. „Zdrowie“, nr. 9, z r. 1929.

Claude Béclère: „La perméabilité et les obturations tubaires“. Stérilité, infections salpingiennes, chirurgie tubaire. Masson et Cie. Paris 1929.

E. Inster: „Traitement des affections neuro-cutanées“. Masson et Cie Paris 1929.

L. Koffer i A. Mayrhofer: „Hausapotheke und Rezeptur“. Bücher der ärztlichen Praxis 18. Verl. Julius Springer — Berlin 1929.

W. Grzywo-Dąbrowski: „Znaczenie t. zw. stanu grasico-limfatycznego (st. thymico-lymphaticus) dla medycyny sądowej“. Odb. z Warsz. Czas. lek. nr. 45, z r. 1929.

Wł. Mikułowski: „O kile konstytucjonalnej“. Odb. z Nowin lekarskich, zeszyt XV i XVII, z r. 1929.

Wł. Mikułowski: O t. zw. „Phthysis pneumonica morbillosa“ u dzieci. Odb. z Medycyny Warszawskiej nr. 8 (27).

Czasopismo „Z zagadnień pedagogicznych“ wydawane przez Rodzicielski Związek modlitw w Krakowie, część I, II i III.

Eug. Piasecki: „Dzieje wychowania fizycznego“ z 81 ilustracjami. Wydanie II. Bibljoteka wychowania fizycznego i sportu. Lwów 1929.

Dr. Władysław Dobrzyński: „Współudział sfer społecznych w sanacji mieszkaniowej“. Odb. z kwart. „Praca i opieka społeczna“ rok VIII, zeszyt 4. Warszawa 1929.

Dr. Władysław Dobrzyński: „Mieszkanie a wczasy po pracy“. Odb. z „Osiedla“, nr. 1. Warszawa 1929.